



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

11226  
176  
29.

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA HOSPITAL GENERAL "A" TAMPICO, TAMAULIPAS

~~Beneficio Social~~

"FRECUENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL EN PACIENTES DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA"



ISSSTE DIRECCION HOSPITAL GENERAL A TAMPICO

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FERNANDO JAVIER SALAZAR HERRERA



ISSSTE

TAMPICO, TAMAULIPAS

DICIEMBRE 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

26082



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 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.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE  
MEXICO

**FRECUENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL EN  
PACIENTES DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD CON  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

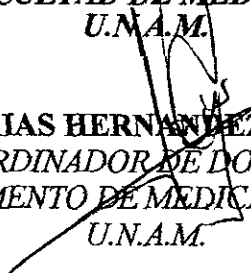
PRESENTA:

**DR. FERNANDO JAVIER SALAZAR HERRERA**

**AUTORIZACIONES:**

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.~~

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



ISSSTE

**I. S. S. S. T. E.**  
HOSPITAL GENERAL "A"

JUN 27 2000

JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
TAMPICO, TAM.



**"FRECUENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL  
EN PACIENTES DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD CON  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA"**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA  
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. FERNANDO JAVIER SALAZAR HERRERA**

**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

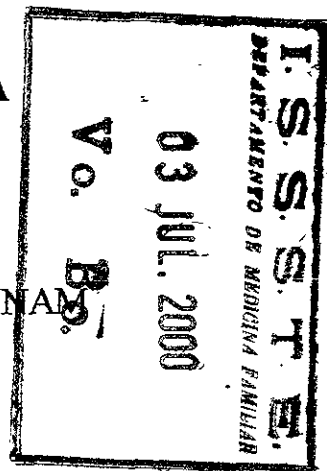
**DRA. MIREYA LORELEY GONZALEZ CASTILLO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
EN EL HOSPITAL GENERAL "A" TAMPICO

**DR. FRANCISCO VAZQUEZ NAVA**  
ASESOR DE TESIS

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA UNAM



**ISSSTE**





---

## *Dedicatoria*

*A MI FAMILIA:*

*Emma Cristina, Adrián y Andrés  
por darme la oportunidad de  
quererlos y compartir  
conmigo sus vidas*

*A MIS PADRES:*

*Chava y Chela, pilares fundamentales  
de mi formación como  
hombre.*



**ISSSTE**



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO

---

## *Agradecimientos*

*Dr. Francisco Vázquez Nava*

*Dra. Mercedes Cruz Gallardo*

*Ing. Ma. de Lourdes Revilla Cisneros*

*Dra. Mirna Ruth Mercado Cabrera*

*Dr. Francisco Macías Ramírez*

*T.S.S. Teresa Huerta Espinoza*



**ISSSTE**

*A todos mis compañeros de batalla, y en especial  
al DR. CARLOS GO VEA GOMEZ,  
por su invaluable asesoría,  
In Memoriam*

# INDICE GENERAL

I	MARCO TEORICO.....	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
III	JUSTIFICACION.....	7
IV	OBJETIVOS.....	9
V	METODOLOGIA.....	12
VI	RESULTADOS..... TABLAS Y GRAFICAS	16
VII	ANALISIS DE RESULTADOS.....	28
VIII	CONCLUSIONES.....	31
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32

## MARCO TEORICO

Con un enfoque realista y por fortuna positivo, se ha observado una disminución en el número de atenciones proporcionadas a niños por diarrea en la consulta externa; inclusive, actualmente ya no ocupan el primer lugar como motivo de atención y ahora son superadas por las infecciones respiratorias agudas (1).

No obstante, la enfermedad diarreica aguda es uno de los problemas más importantes en los países en desarrollo, de tal forma que se registraron durante los primeros 8 meses de 1992, un total de 2,574,629 casos acumulados de enteritis y otra infecciones intestinales, y de ellos, mas del 40% correspondieron a niños menores de 5 años (2).

Aunque las enfermedades diarreicas se conocen desde tiempos inmemoriales, todavía representan un grave problema para los países en desarrollo, y la salud pública tiene ante sí un reto para encontrar mejores estrategias, particularmente de accesibilidad a la atención y penetración cultural en las sociedades. Por el carácter de esta patología los principales afectados son los niños y dada su contagiosidad, sin duda su causa principal es de naturaleza infecciosa (3).

Desde la época pasteuriana se descubrieron los primeros agentes: La entamoeba histolytica, vibrio cholerae, shigella dysenteriae, etc., lo que representa solo una pequeña parte de la etiología, la cual se ha visto



intensificada por el rotavirus, escherichia coli enterotoxigénica, campylobacter yeyuni, yersinia enterocolítica, vibrio parahemolyticus, clostridium difficile entre otros y por supuesto la coexistencia en las diarreas de diferentes parásitos tanto protozoarios, sólidamente demostrados como agentes causales, además helmintos y otros que contribuyen como factores de riesgo en esta patología.

Como queda asentado, el empleo de técnicas microbiológicas lo mismo que procedimientos armamentados con alta tecnología, no han logrado de una manera sencilla y oportuna, ofrecer solución al problema de la determinación de la etiología del síndrome diarreico agudo, de tal forma que hasta un 50% de los casos quedan sin diagnóstico etiológico(4). A esto se requiere adicionar la coexistencia de infecciones mixtas hasta en un 24% de los enfermos con diarrea. Aparentemente se trata sólo de infecciones coincidentes, aunque se desconoce hasta que punto pueda haber interacción o sinergismo entre los distintos agentes y concluye el autor referido, que la interpretación es aún oscura, tanto para el clínico como para el epidemiólogo.

Si se dimensionan estas ideas con otros datos como el de conocer que de los 502 millones de niños menores de 5 años sufren cada año 1,700 millones de episodios diarreicos, es evidente la necesidad de aguzar todas las cualidades humanas para influir positivamente en esta problemática, que da

como saldo negativo anual 5 millones de defunciones por enfermedad diarreica (5), y que en nuestro país ocupa un lugar importante de muerte en niños (6).

Este padecimiento se presenta en forma endémica con un alza epidémica en verano, y en la consulta externa, ocurre principalmente en las edades pediátricas, y en especial entre los menores de 2 años, teniendo como dato interesante que hasta en un 42% de los pacientes con diarrea, coexistieron la entamoeba histolytica, la giardia lamblia y ascaris lumbricoides entre otros(6).

El reporte de otros investigadores coincide en algunos aspectos como es la presencia de amibiasis en los cuadros diarreicos agudos, aunque agregan el cryptosporidium parvum, y en todos los casos sitúan la mayor prevalencia en población infantil arriba de 6 meses y menor de 2 años de edad (7).

Dada la magnitud del problema es fundamental puntualizar lo encontrado en encuestas recientes en México, las cuales muestran en niños menores de 5 años de edad, la presentación de 2 a 7 episodios de enfermedad diarreica por año en promedio; esto da lugar a generarse un círculo negativo en la población infantil, en la cual, al intervenir la desnutrición y el mal estado general, empobrecen la respuesta de los afectados y exigen inmediatez en el buen manejo médico, a fin de evitar complicaciones graves e incluso la muerte.

Al considerarse la diarrea un proceso patológico complejo causado por agentes patógenos de virulencia y distribución geográfica variable, cuya transmisión principal se hace a través del ciclo ano-mano-boca, incluyendo la contaminación microbiana posible en el agua, la leche, los alimentos, etc..., los cuales son tributarios de factores ambientales negativos, socio-culturales que marcan el comportamiento familiar y la pobreza que va más allá de los recursos económicos. Lo anterior se especifica al hablar del nacimiento humano, defecto en hábitos higiénicos, mínimo autocuidado a la salud, en los cuales parece hablar siempre simultáneamente de diarrea y parasitosis. A todo esto se reporta (8) la carencia de información absolutamente confiable y actualizada referente a la incidencia y prevalencia de las diarreas, lo cual impide determinar con precisión la verdadera magnitud y distribución de este programa en nuestro país.

En consecuencia, el cuerpo médico opta como alternativa de solución y por amplios reportes bibliográficos, en considerar a la diarrea siempre infecciosa y mayormente bacteriana, pues el porcentaje aproximado de parásitos va en giardia lamblia del 2 al 6%, la entamoeba histolytica 1%, cryptosporidium 2% y el balantidium coli cuantificado como raro (9). Por ende, el uso de antimicrobianos tiene un rango entre 72 y 100% de acuerdo a las instituciones estudiadas (10) y los antiparasitarios (sobre todo el metronidazol), se ubican en un rango del 37.5 al 44.4%. Este manejo origina con el abuso de antibióticos, la presencia de diarreas prolongadas (11), cuando el conocimiento de medidas de autocuidado a la salud sería más consistente y con mejores resultados que otras acciones emprendidas.

La propuesta hecha para disminuir la frecuencia y gravedad de las infecciones gastrointestinales de niños menores de 1 año, se fundamenta en el alojamiento conjunto de los recién nacidos con sus madres, la lactancia materna humana exclusiva por lo menos hasta los 4 meses de edad, que la madre continúe dando el pecho hasta después del año, y que se fomente el lavado de las manos (11).

El propio personal de atención a la salud y la población en general, requieren rectificar conceptos equivocados sobre las causas de la diarrea, para evitar la idea del papel dañino de la leche, y eso sí, reforzar el pensamiento de que durante la diarrea se conserva la capacidad de absorción intestinal y así mismo, incrementar la administración de líquidos de uso común en el hogar y la solución de vida suero oral; además es preciso poner mayor énfasis en los factores de riesgo para la enfermedad diarreica y la identificación inicial de signos incipientes de deshidratación o complicación, porque todavía más del 50% de los niños que fallecen en México por diarrea aguda, mueren en su hogar no obstante haber recibido atención médica.

Quede como corolario, la idea de insistir en el adecuado manejo de estos pacientes. No basta con solo ofrecer un sinnúmero de medicamentos, sino pensar en mejorar las condiciones generales del enfermo para evitar sucesos o patologías deteriorantes, en forma particular la parasitosis intestinal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad diarreica se ubica entre los primeros motivos de consulta externa de medicina familiar en la Unidad Médica del I.S.S.S.T.E. de Tampico, Tamaulipas, y en base a una muestra pequeña analizada, casi el 90% de los pacientes menores de 5 años de edad se les prescribe antibióticos por considerarse de etiología infecciosa. Ahora, ese mismo grupo encuestado relata padecer de tres a cuatro cuadros de esta patología en el año, y solo el 14% de ellos ha tomado tratamiento antiparasitario, y más del 56% de las madres de los pacientes consideran que sus hijos sí presentan parasitosis intestinal. De lo anterior surge una pregunta:

**¿Qué frecuencia presentó la infestación parasitaria intestinal en los pacientes con enfermedad diarreica aguda ?**

## JUSTIFICACION

Uno de los problemas de Salud Pública de mayor importancia en el mundo, es la enfermedad diarreica, la cual, como proceso morboso complejo con múltiples variables, tiene entre sus factores etiológicos agentes patógenos de virulencia y distribución variable con varias vías de contaminación.

A través de múltiples investigaciones se informa que hasta en un 42 %, coexisten con episodios de diarrea la presencia de entamoeba histolytica, con giardia lamblia y ascaris lumbricoides. También se señala que las diarreas agudas en los niños son de naturaleza casi siempre infecciosa, y por otra parte hacen notar la imposibilidad de detectar la presencia de gérmenes enteropatógenos entre el treinta y el cincuenta por ciento en los casos de diarrea aguda, no obstante se practiquen coprocultivos o coproparasitoscópicos, por lo que un 40% o más, quedan sin diagnóstico etiológico.

En consecuencia, el diagnóstico y manejo de estos pacientes tiene su más amplio sustento en los datos clínicos y el proceso de análisis médico, lo que hace evidente la necesidad de contar con información del núcleo familiar relativa a las variables sociales, culturales, ambientales, etc..., para facilitar el abordaje integral y la identificación de las características del enfermo en cuanto a su estado general y patologías concurrentes.

Es importante conocer la asociación existente en niños con diarrea aguda y la incidencia de parasitosis intestinal, en algunos casos por ser causantes directos de esta patología como lo señalan los autores, o de otra manera por favorecer el despeñe o tránsito rápido lo que deteriora las condiciones del huésped.

La frecuencia de la parasitosis en pacientes de 1-4 años con enfermedad diarreica aguda en el Hospital General "A" del I.S.S.S.T.E. en Tampico, Tamaulipas no es conocida. En la captación de motivos de consulta en medicina familiar, la parasitosis intestinal oscila de acuerdo a la época del año entre el 3er. y el 12avo. lugares en frecuencia; por otra parte, los cuadros de diarrea se clasifican del 5to. al 12avo. lugar. Cabe mencionar que las cifras de ambas patologías guardan paralelismo numérico

Es conveniente investigar la relación que guardan ambos procesos morbosos para ofrecer a los pacientes y sus familias medidas de autocuidado a la salud y su prevención. Simultáneamente, proporcionar al equipo de salud una visión real acerca de esa variable que incidirá negativamente en el comportamiento de la salud de su población.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Identificar la frecuencia y etiología parasitaria de enfermedad diarreica aguda en pacientes entre 1-4 años de edad, en una Unidad de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E., en un período de tiempo de mayo a diciembre de 1995.



## **OBJETIVO ESPECIFICO**

\_\_\_ En los pacientes de la consulta externa de medicina familiar a través del diagnóstico médico, seleccionar a los niños de 1-4 años de edad que presenten cuadro de enfermedad diarreica aguda.

\_\_\_ A los pacientes seleccionados se les practicará estudio coproparasitoscópico para identificar la parasitosis que presenten.

# METODOLOGIA

## **\*TIPO DE ESTUDIO**

Se estudia el grupo compuesto por niños de 1-4 años de edad con cuadro de enfermedad diarreica aguda.

La investigación en ellos es transversal y de tipo epidemiológico, para identificar la frecuencia de la parasitosis intestinal presente en la población, lo que da carácter prospectivo y descriptivo.

## **\*POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

EL Hospital General "A" del I.S.S.S.T.E. en Tampico, Tamaulipas es la sede de esta investigación. En la población asistente a la consulta externa de medicina familiar, se solicitó la participación voluntaria del grupo, seleccionándose niños de 1 a 4 años de edad con diarrea.

Los estudios copararasitoscópicos se practicaron en el laboratorio clínico de esta unidad médica.

El tiempo total utilizado fue de ocho meses, comprendido entre mayo y diciembre de 1995.

## \*TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra representativa se obtuvo de un universo de 607 pacientes de primera vez con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, atendidos durante ocho meses en la consulta de medicina familiar. Se determinó con la fórmula siguiente:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

$$n = \frac{no}{1 + no - 1} \cdot N$$

DONDE:

Z = 95 % NIVEL DE CONFIABILIDAD

E = 5% NIVEL DE PRECISION

p = 0.5

q = 0.2

N = UNIVERSO 607

El tamaño de la muestra fue de 113 niños de 1-4 años de edad con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda.

La selección de sujetos a estudio se hizo en solicitantes de atención en las primeras dos horas del turno matutino y al mismo tiempo del turno vespertino.

### **\*CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION**

#### ***INCLUSION:***

- a) Edad de 1 a 4 años
- b) Con enfermedad diarreaica aguda. (criterio: aumento en el número usual de las evacuaciones intestinales, de consistencia líquida y con presencia máxima en los últimos 15 días).
- c) Aceptación voluntaria de los padres para incluirse en su grupo.

#### ***EXCLUSION:***

- a) Pacientes con diarrea crónica (más de 15 días de presencia).

#### ***ELIMINACION:***

- a) Pacientes cuya muestra de coproparasitoscópico tengan algún problema para procedimiento en el laboratorio.

### **\*INFORMACION A RECOLECTAR ( variables de medición)**

#### ***VARIABLE DEPENDIENTE:***

- Niños de 1 a 4 años de edad con enfermedad diarreaica aguda.

### ***VARIABLES INDEPENDIENTES:***

- Edad - Tipo de Parasitosis.
- Sexo- Hábitos Higiénicos, etc.

### **\*METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION**

Se identifican con un número a los participantes del grupo, clasificados por grupos de edad correspondiente a uno, dos, tres y cuatro años, y por sexo, y se captaron en una tabla de doble entrada los resultados del estudio coproparasitoscópico de cada uno de ellos; acto seguido, se cuantificaron los casos positivos y negativos; en los primeros se determinaron los que presentaron más de un parásito y los tipos de parásitos encontrados.

La presentación de los resultados es por números absolutos y porcentuales.

### **\*CONSIDERACIONES ETICAS**

El estudio se ha desarrollado con la confidencialidad debida a los participantes; a los padres de los niños se les informó de los resultados obtenidos, y del alcance y uso de los mismos.

La información expuesta refleja respeto a los pacientes y médicos.

## RESULTADOS

(Ver Cuadro 1)

El total de casos estudiados fue de 113 niños de ambos sexos de 1 a 4 años de edad con enfermedad diarreica aguda, 73 de ellos (64.6%), tuvieron parasitosis y 40 fueron negativos (35.4%). (gráfica 1).

Enfocados a determinar la coexistencia de parasitosis intestinal en los casos de diarrea aguda, se puntualiza que:

51 de los niños fueron del sexo masculino (45.1%), y de éstos, 29 (56.9%) tuvieron parasitosis; 62 del sexo femenino (54.9%), y de éstos, 44 (71%), reportaron parasitosis. (gráficas 2, 3, 4).

Los niños de 1 año de edad incluidos en la muestra fueron 28 (24.8%) y 15 de ellos con parasitosis (53.6%).

Los niños de 2 años de edad, sumaron 25 (22.2%), de éstos, 16 fueron positivos (64%).

En el conjunto de 3 años, se incluyeron 30 niños (26.5%), con parasitosis 24 (80%).

El grupo de niños de 4 años fue de 30 (26.5%), y los que resultaron positivos fueron 18 (60%). (gráficas 5, 6). En 16 de los pacientes estudiados, se encontró más de un parásito en la muestra analizada, lo que corresponde al 22% del total (gráfica 7).

En relación al tipo de parásitos identificados, se enlista en primer lugar a giardia lamblia y entamoeba histolytica en 20 niños cada uno; ascaris lumbricoides en 17; tricocéfalos en 13 y necator americanus e himenolepis nana en 10 pacientes cada uno (gráfica 8).

De acuerdo a la edad de los sujetos el parásito más frecuente, se presenta en los pacientes de un año. El necator americanus en primer lugar, seguido de la e. histolytica.

En los pacientes de dos años, ascaris lumbricoides fue el más frecuente, seguido de tricocéfalos y giardia lamblia. En los de tres años, predominó la giardia lamblia seguida de e. histolytica; por último, en el grupo de cuatro años de edad la mayor frecuencia la tienen tricocéfalos y e. histolytica (cuadro2).

CUADRO 1

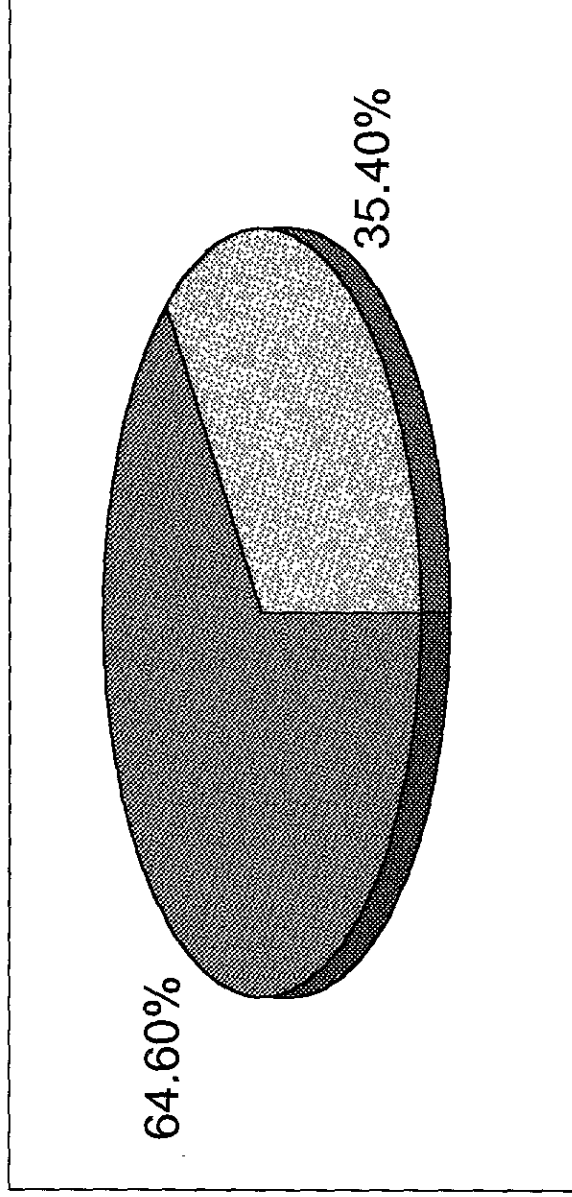
EDAD AÑOS	NUMERO DE CASOS	MASCULINOS	POSITIVOS	FEMENINOS	POSITIVOS
1	28	16	7 43.7%	12	8 66.6%
2	25	12	7 58.3%	13	9 69.2%
3	30	13	7 84.6%	17	13 76.5%
4	30	10	7 40%	20	14 70%
TOTALES	113	51	7 56.9%	62	44 71%



## CUADRO 2

EDAD AÑOS	SEXO		RESULTADO NEGATIVO	PARASITO					
	MASC.	FEM.		NECATOR AMERICANUS	GIARDIA LAMBLLIA	ASCARIS LUMBRICOIDES	HIMENOLEPIS NANA	TRICOCEFALOS	AMIBA HISTOLITICA
1	16	12	13	5	3	3	3		4
2	12	13	9	2	4	6	2	4	3
3	13	17	6	2	9	4	2	4	8
4	10	20	12	1	4	4	3	5	5

# GRUPO DE ENFERMOS CON PARASITOSIS INTESTINAL

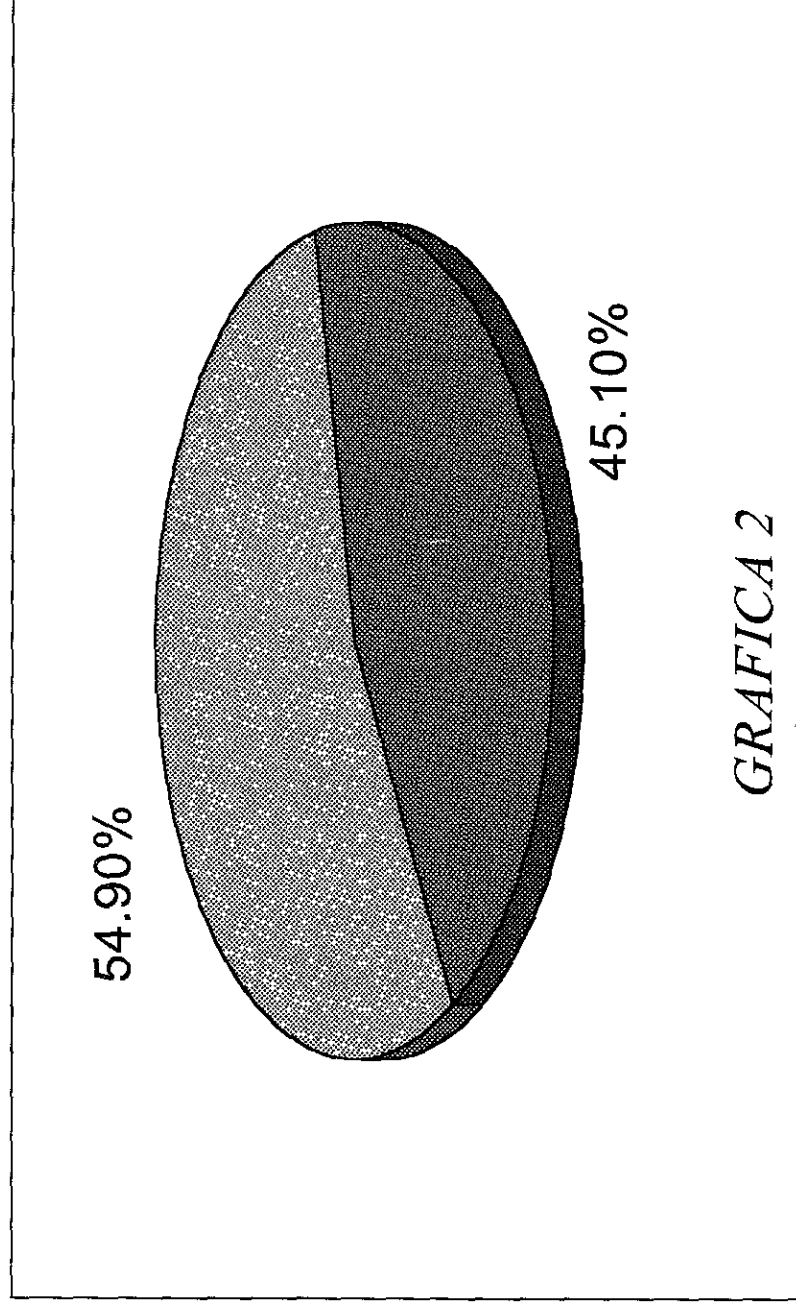


*GRAFICA 1*

■ 73 CON PARASITOSIS

■ 40 SIN PARASITOSIS

# CASOS ESTUDIADOS CON ENFERMEDADES DIARRERICA AGUDA

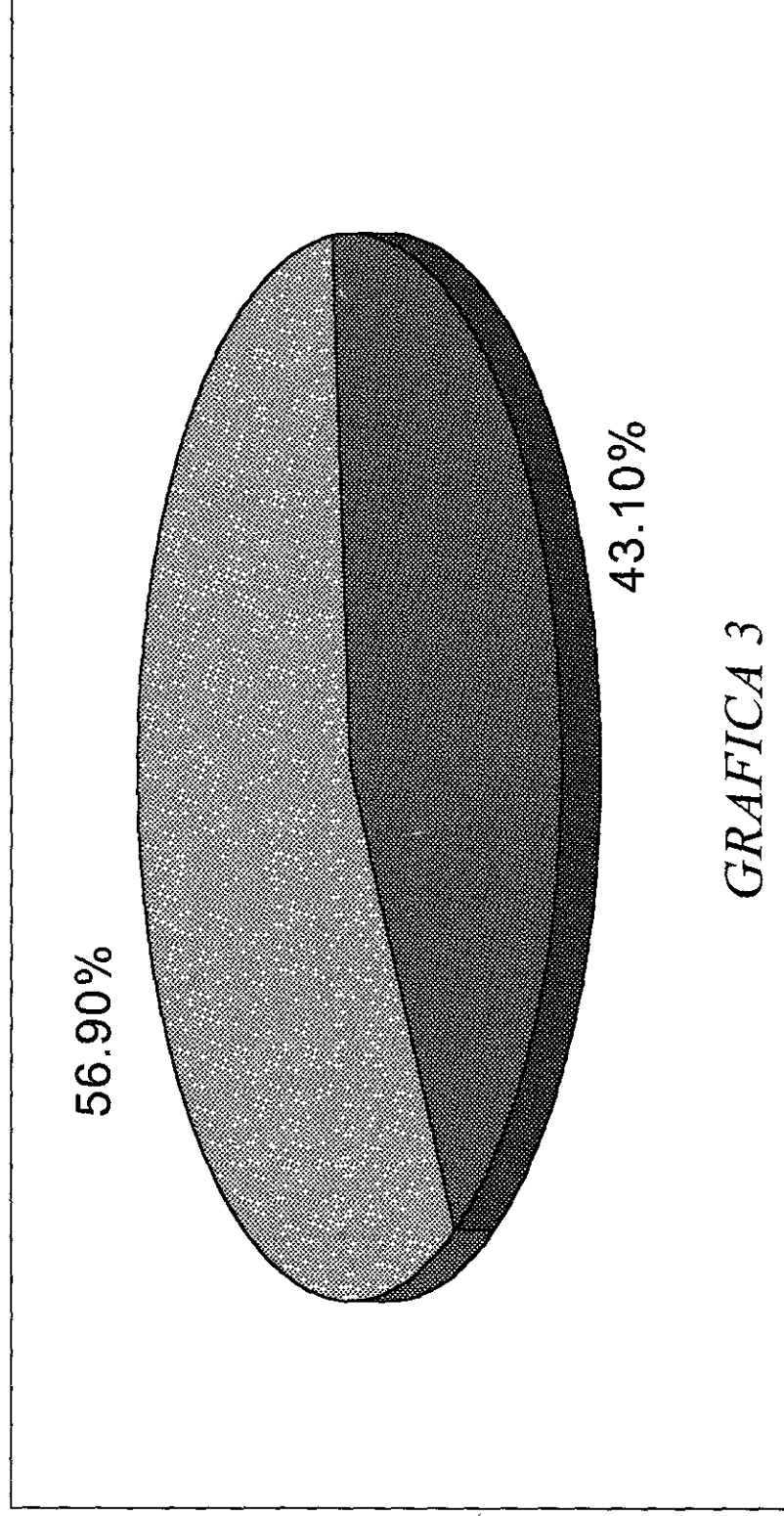


GRAFICA 2

■ 51 MASCULINO

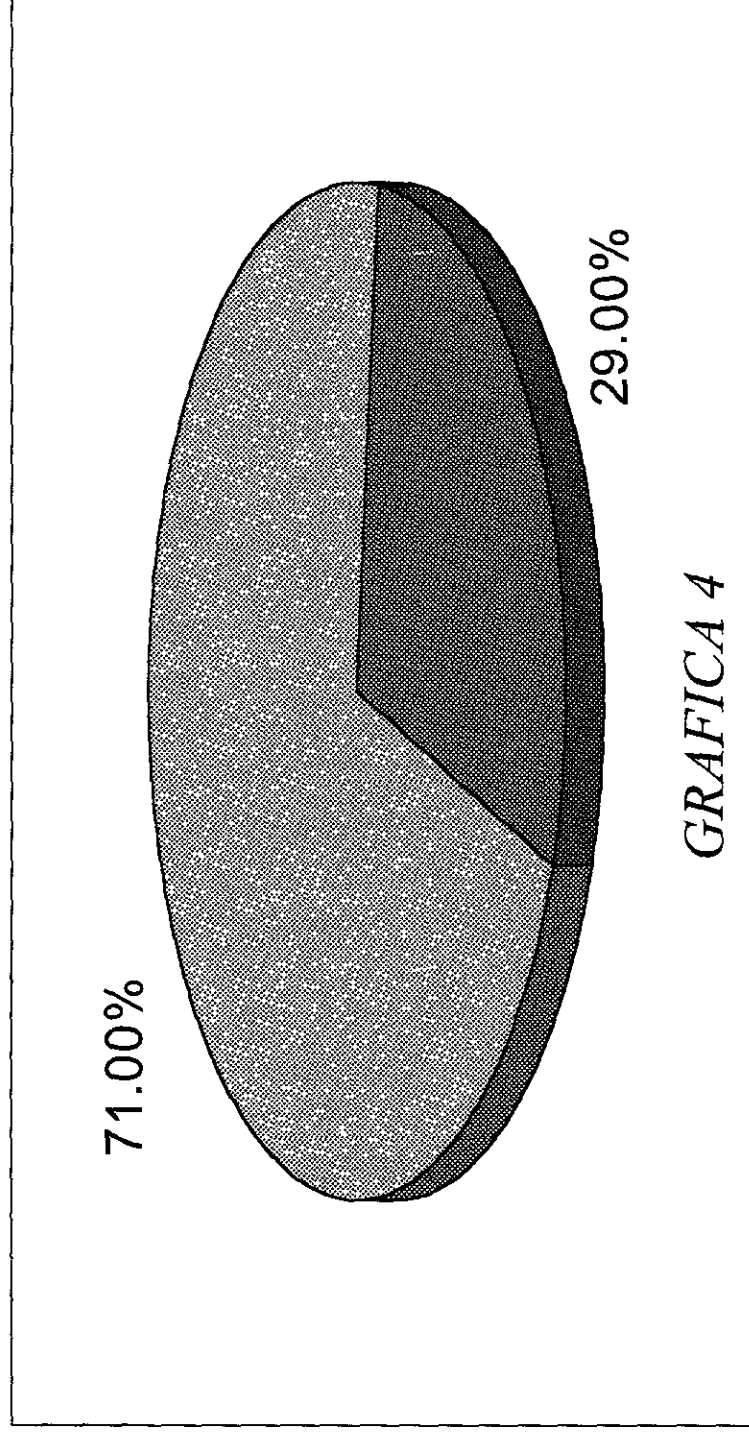
■ 62 FEMENINO

# CASOS DEL SEXO MASCULINO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE PRESENTARON PARASITOSIS



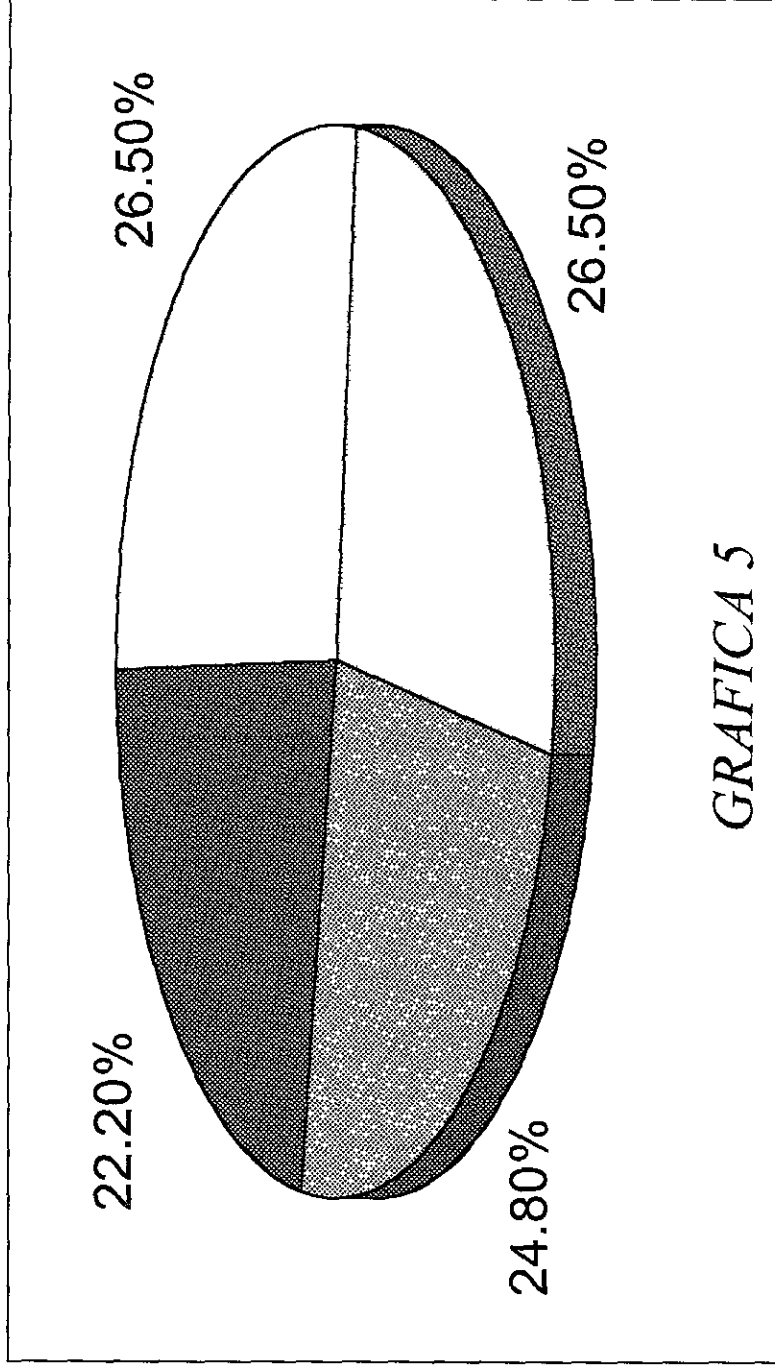
■ 29 CON PARASITOSIS ■ 22 SIN PARASITOSIS

# CASOS DEL SEXO FEMENINO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE PRESENTARON PARASITOSIS



■ 44 CON PARASITOSIS ■ 18 SIN PARASITOSIS

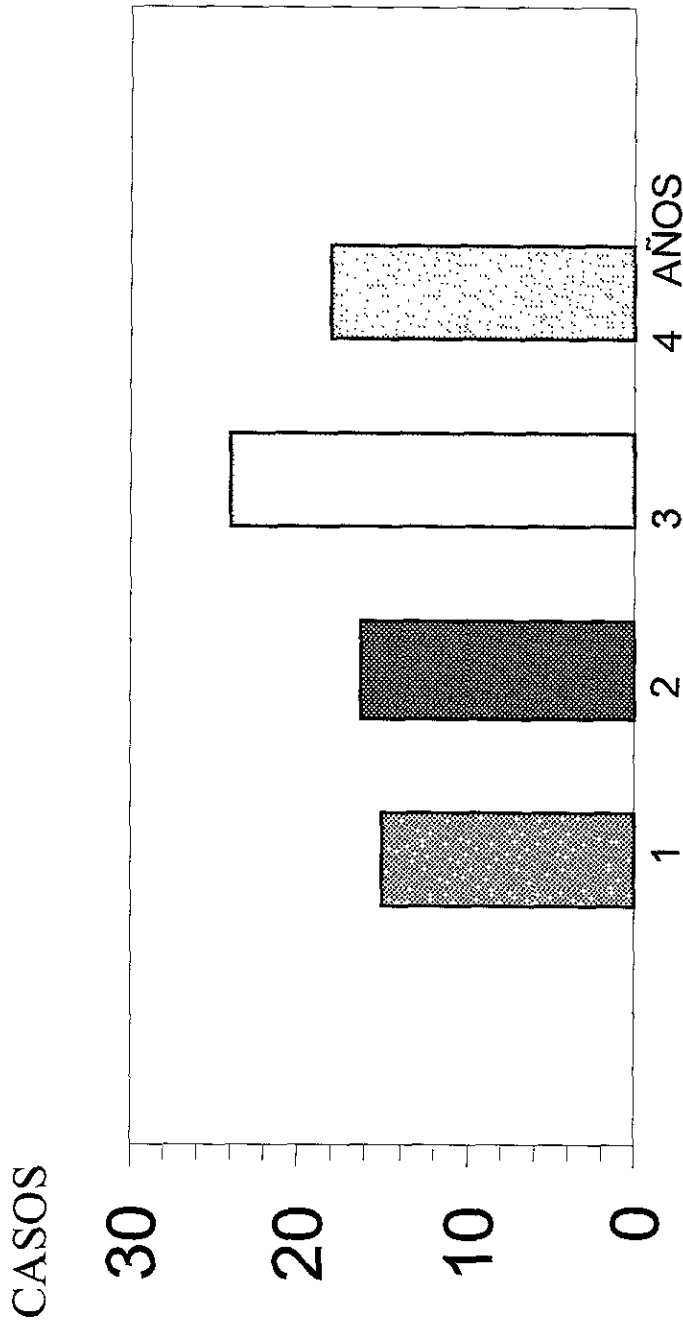
**PRESENTACION DE CASOS CON ENFERMEDAD DIARREICA EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD SIN IMPORTAR EL SEXO**



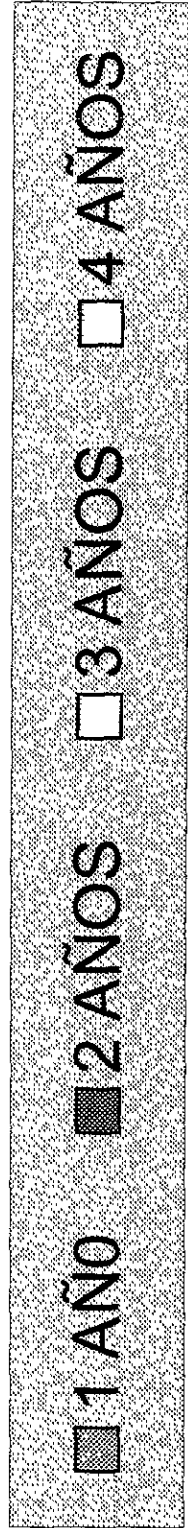
*GRAFICA 5*

■ 1 AÑO = 28 ■ 2 AÑOS = 25 □ 3 AÑOS = 30 □ 4 AÑOS = 30

**CASOS CON ENF. DIARREICA AGUDA CON  
PARASITOSIS EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD SIN  
IMPORTAR EL SEXO**

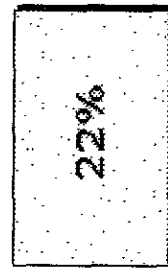
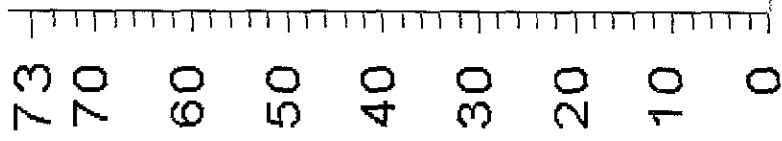


**GRAFICA 6**



**CASOS CON ENF. DIARREICA AGUDA CON  
PARASITOSIS ( 2 O MAS PARASITOS)**

**POSIBLES**

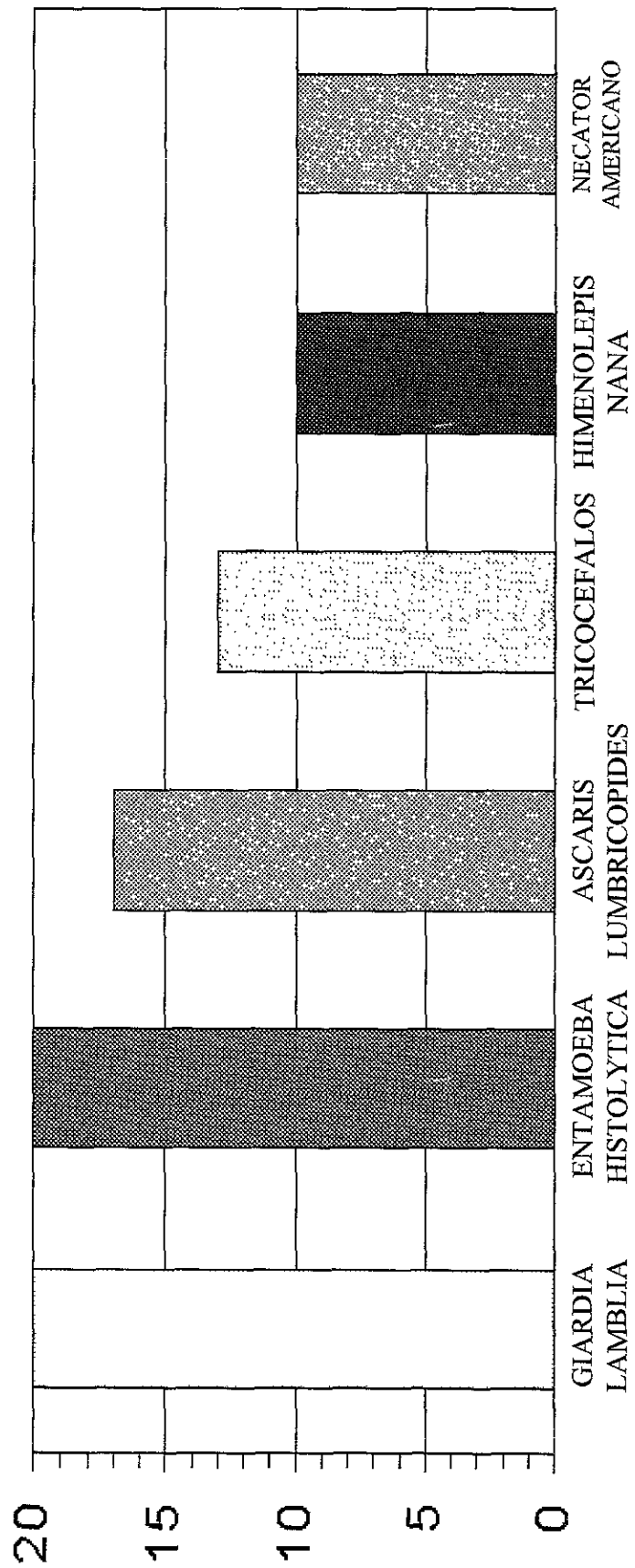


**GRAFICA 7**

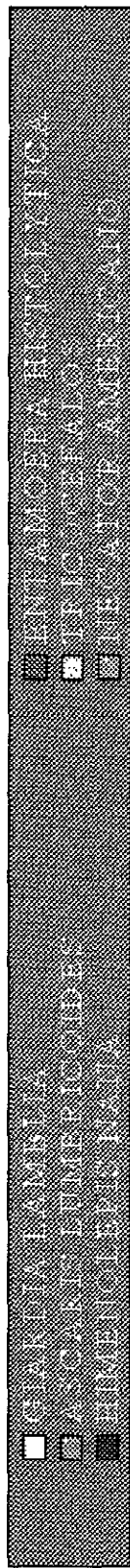




# CASOS CON ENF. DIARRERICA AGUDA CON PARASITOSIS ( 2 O MAS PARASITOS )



**GRAFICA 8**



## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En principio es interesante reconocer la baja incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños de este Hospital; en los motivos de consulta externa de medicina familiar, sólo durante un mes al año ocupa el quinto lugar en frecuencia, inclusive es de mayor peso la parasitosis intestinal en este grupo.

En la revisión del comportamiento observado en cada uno de los sexos, es evidente la cifra superior en las niñas, mayor en un 14% a los varones, lo que ubica a las primeras ante la necesidad médica de pensar en parasitosis como un gran factor de riesgo ante la diarrea, y por supuesto en el impacto a su estado general en el crecimiento y desarrollo.

La clasificación por edades refleja el incremento de parasitosis en niños con diarrea, de tal forma que llega hasta un 80% a los tres años. Esta situación es posible interpretarla por la conducta infantil inicial de exploración y desconocimiento de riesgos, aunada a la independización madre-hijo, lo cual facilita hábitos negativos y comportamiento no deseado ni esperado para mantener buen estado de salud. La frecuencia parasitaria va de la mano por reportes de autores sobre la etiología de las diarreas, pues señalan el aislamiento de microorganismos en niños con diarrea aguda hasta en un 66.9%.

Por otra parte, la situación de contaminación-contagio asciende con la edad del niño porque se va culturizando en base a modelos familiares y

sociales, lo cual hace perceptibles y vivenciales los defectos socialmente conformados, e invita a reforzar la propuesta de medidas preventivas, realistas y prácticas para disminuir la frecuencia y gravedad de los episodios de diarrea, particularmente en los lactantes y durante los meses siguientes.

De acuerdo al estudio realizado, el 22% de los pacientes está multiparasitado, lo que lleva a pensar en la susceptibilidad para contraer la infestación y refuerza las ideas ya expuestas.

Al analizar el tipo de parásitos identificados, los más frecuentes, giardia lamblia y entamoeba histolytica, se incluyen en enteropatógenos por sí, aunque en base a nuestro reporte, es mayor a lo encontrado por otro autor, lo cual hace pensar que las características del medio-ambiente local favorecen este comportamiento.

También llama la atención el porcentaje de niños con himenolepis nana, 8.8% en pacientes con diarrea, ello trae la complejidad del tratamiento frente a la facilidad para contraer esta parasitosis.

Un renglón más y de gran trascendencia, es lo referente a la presencia en el grupo del necator americanus. Se observa desde el año de edad, que puede ser indicador fiel de la cultura para la salud de la población. El niño por

imitación y costumbre, camina descalzo desde temprana edad, y esto lo hace susceptible. En consecuencia, existe en el propio hogar la posibilidad de infestación para toda la familia, produciéndose un círculo negativo de salud en el cual es necesario el compromiso del equipo de salud para romper esta situación.

## CONCLUSIONES

Al ser menor la incidencia de enfermedad diarreica en niños de 1 a 4 años en este Hospital, es necesario reforzar las actividades realizadas para mantener este comportamiento.

Es fundamental tener presente que casi el 65% de los pacientes incluidos en esta investigación presentaban diarrea y estaban parasitados.

El conocer todas sus consecuencias y el efecto de la infestación parasitaria en la población infantil, permitirá contribuir en nuestro medio al armónico desarrollo y crecimiento de este grupo etáreo.

Es importante vigilar con medidas de autocuidado a la salud y de prevención esta etapa infantil, porque la parasitosis se eleva cuando el niño se aleja de los primeros meses de edad.

En consecuencia, sí hay una gran coexistencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 4 años de edad, que presentan cuadro agudo de enfermedad diarreica. Esto invita al personal de salud a insistir en medidas de fomento a la salud con la población, por supuesto intensifica las actividades preventivas, y al producirse el daño, tener presentes todos los factores de riesgo incidentes en esta problemática, particularmente la parasitosis intestinal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Mota HF. y Zamora EG.- Tratamiento de niños con enfermedad aguda. Conocimiento y actitudes del personal de salud. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1992; 49(10): 659 – 665.
- 2.- Flores-Abuxapqui JJ. Y Col. Escherichia coli enterotoxigénica asociada a diarrea aguda en niños. Revista Mexicana de Pediatría, 1994; 61(2): 68 – 71.
- 3.- Olarte, J.- Etiología de las diarreas infecciosas: viejos y nuevos agentes. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1992; 49(3): 143 – 149.
- 4.- Morayta RA y Col. Etiología del síndrome diarreico agudo en un servicio de urgencias pediátricas. Revista Mexicana de Pediatría. 1993; 60(1): 10 – 15.
- 5.- Pizarro TD. El tratamiento y prevención de la enfermedad diarreica aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1991; 48(10): 199 – 709.
- 6.- Arreguín, OL. y Col. Etiología de la diarrea aguda en niños no hospitalizados. Revista Mexicana de Pediatría. 1991: 60 (1): 6 – 8.
- 7.- Aidara, A. Bacterial, viral and parasitic etiologies of acute infantile diarrhea in a rural Senegal. Dakar-Med. 1993; 38(2): 187 – 91.

- 8.- Carrada, BT.; Avila CI.- Diarrea en la infancia. Avances recientes y perspectivas epidemiológicas. Artículo de revisión de la Revista Mexicana de Pediatría. 1991; 57 – 76.
- 9.- Carrada, BT. Una breve nota sobre las bacterias causantes de diarrea. Artículo de revisión de la Revista Mexicana de Pediatría 1993;60(1):17–19.
- 10.- Pérez CR., y Col. Características de la prescripción medica. Gaceta Medica de México, 1992; 128(5): 531 – 541.
- 11.- Mota HF. Estrategias para la disminución de la morbi-mortalidad por diarreas agudas en América Latina. Salud Publica de Mex. 1990; 32: 254 – 260.
- 12.- Lezama, L. y Col. Frecuencia de muertes según tipo de diarrea. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1994; 51(4): 243 – 248.
- 13.- Palafox, M. y Col. Calidad de la atención médica en niños hospitalizados por diarrea aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1994; 51(8): 507-513.
- 14.- Cervantes, R. y Col. Absorción intestinal deficiente de lactosa (AIDL) en niños con diarrea aguda sin deshidratación. Acta Pediátrica de México. 1994; 15(4): 164 – 168.

- 15.- Mota HF, Leyva S. El aprendizaje: la herramienta contra la diarrea en México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1991; 48: 317 – 319.
- 16.- Mota HF, Rodríguez LGM, Posadas TL. Tratamiento del niño con enfermedad diarreica. *Gac. Med. Méx.* 1991; 127: 148 – 152.
- 17.- Martínez E, Marcos A. Antibiotic associated diarrhea. *Lancet* 1991; 1: 911.
- 18.- Araya M, Baiocchi N, Espinoza J, Brusner O. Persistent diarrhea in the community. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 181 – 189.
- 19.- Hall A, Nahar Q. Albendazole and infections with *Ascaris lumbricoides* and *Trichuris trichiura* in children. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1994; 88: 110 – 112.
- 20.- Coello – Ramírez P. Larrosa – Haro A, Rodríguez – Alvarez TH. Diarrea Persistente. Diagnostico y tratamiento. En: Mota – Hernández F. compilador. *Enfermedad diarreica en el niño.* México: Academia Mexicana de Pediatría, 1994: 113 – 120.
- 21.- Kumate J, Gutiérrez G, Núñez O, Santos JI. *Manual de infectología*, 12ª. Edición. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México 1990; 56 – 62.



22.- Glass RI, Lew JF, Gangarosa RE, Lebaron CW, Ho MS. Estimates of morbidity and mortality rates for diarrheal disease in American children. *J. Pediatr* 1991; 118: 527 – 533.

23.- Brown KH, Peerson MJ, Fontaine O. Use of nonhuman milks in the dietary management of young children with acute diarrhea: a meta - analysis.

24.- Rodríguez Alvarez TH, Larrosa – Haro A, Coello – Ramírez P. Diarrea prolongada en niños. Análisis de 388 casos. *Rev. Gastroenterol. Méx.* 1993; 58(Supe 3): 366.

25.- Prado V, O’Ryan ML. Acute gastroenteritis in Latin America. *Infect. Dis. Clin. North Am.* 1994; 8: 77 – 105.