

11226
24.36



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Unidad de Medicina Familiar No. 57
I. M. S. S.

FRECUENCIA DE AMIBIASIS INTESTINAL EN LACTANTES.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
VERACRUZ, VER. 1985-86.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTUDIO DE INVESTIGACION

Que para obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Daniel Benjamín Claro León

Dirigido por: DRA. FLORES HEREDIA TERESA DE J.
Especialista en Medicina Familiar.



Veracruz, Ver.

1986



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.

CONTENIDO

- A) Introducción.
- B) Antecedentes Científicos.
- C) Planteamiento del Problema.
- D) Hipótesis.
- E) Objetivo.
- F) Material y Métodos.
- G) Resultados.
- H) Conclusiones y Recomendaciones.
- I) Resumen.

INTRODUCCION.

Todavía no se conoce la verdadera frecuencia de la amibiasis en el mundo, especialmente en zonas templadas.

Dicha frecuencia varía y depende directamente de las condiciones de higiene que son deficientes en las regiones tropicales y subtropicales. Los grupos de bajo nivel económico son presa fácil de la amibiasis, por mala nutrición, hacinamiento y malas condiciones de higiene.

De acuerdo a los datos obtenidos, en donde se pone de manifiesto que la amibiasis intestinal representa un serio problema de morbilidad en niños, principalmente lactantes y que en el estado de Veracruz no existen datos de la frecuencia del padecimiento en este grupo de edad, se justifica la realización del presente trabajo de investigación para tratar de esclarecer esta problemática.

Se estudiará a los lactantes que acudan a la Consulta Externa en la UMF No. 57 del IMSS en Veracruz, Ver., en cuyo cuadro clínico se incluyan evacuaciones diarréicas con moco y sangre, a los cuales se les practicará el estudio de amiba en fresco.

El propósito es establecer la frecuencia de la enfermedad y comparar la diferencia que existe entre los lactantes eutróficos y aquellos que tienen bajo peso o son desnutridos.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se denomina amibiasis a la infección del organismo humano por el protozoo rizo-podo *Entamoeba histolytica* (1), incluyendo los casos de infección en la luz intestinal o amibiasis luminal y, amibiasis invasora al proceso patológico causado por la penetración de amibas en los tejidos del hombre (1) (2) (5).

Entamoeba histolytica fue descubierta por Lösh en 1875, y Shaudin en 1903, estableció que este germen es el agente etiológico de la amibiasis.

Se ha calculado que aproximadamente el 20% de la población mundial se encuentra infectada por amibas. (7).

En México, diversos estudios han demostrado que la frecuencia de esta enfermedad varia del 7 al 25% en la población en general. (7) (8)

En un exploración serológica nacional de cerca de 20,000 muestras de suero, obtenidas de 46 comunidades mexicanas, la frecuencia promedio de los individuos con reacción positiva de anticuerpos amibianos fue de 5.9%. Lo anterior demuestra el carácter endémico de la enfermedad. (10).

Se ha encontrado variación estacional con alza epidémica durante los meses de abril, mayo y junio, época del año en que aumentan otras enfermedades entéricas. (1)

La amibiasis intestinal es un padecimiento más frecuente en los dos primeros años de la vida ie; lactantes de 1 a 2 años de edad.

En hospitales de concentración, en lactantes, alcanza cifras de 42 a 58% en los preescolares varía de 31 a 44% y en la edad escolar los valores son de 14 y 11%.

La amibiasis en nuestro medio se ha asociado tradicionalmente con un elevado grado de desnutrición.

En el grupo de 450 casos (Kumate, Arana), un 75.6% resultó con algún grado de desnutrición; el 18.8% con desnutrición de primer grado, (15 al 25% de déficit ponderal), 33.1% de segundo grado (más de 25 y menos de 40%) y un 23.5% con un 40% o más de déficit ponderal. (1)

La amibiasis es más común entre los niños de lo que se había creído antes. En la Ciudad de México, 2 a 15% de casos con diarrea aguda que necesitaron de hospitalización fueron debidos a la infección por E. histolytica. (2)

La amibiasis ocupó el 4º lugar como causa de morbilidad por enfermedades transmisibles seleccionados según magnitud por delegaciones en la población amparada por el IMSS en 1981, superada por ascariasis, infecciones intestinales e infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 3457/100 000 habitantes y 801,249 casos nuevos notificados, (3) Delegación Veracruz Norte.

Es evidente que en México, la amibiasis es la enfermedad parasitaria más importante y se encuentra entre los principales problemas de Salud Pública, tanto por su frecuencia como por el número de defunciones que origina.

El trofozoito es la forma del parásito que origina el cuadro clínico, ya que por ser célula que realiza todas las funciones vitales que le son propias, puede poner en juego una serie de mecanismos de agresión

al huésped, que se traducen en diferentes signos y síntomas con manifestaciones agudas o crónicas.

Las formas típicas de *E. histolytica* incluyen tanto la fase "minuta" o formadora de quistes, como las amibas grandes, eritrofagocíticas - que se encuentran en la amibiasis invasora. La presencia de trofozoitos hemotófagos en la materia fecal ha sido considerada como la mejor prueba del carácter invasor de las amibas.

El ciclo completo de *E. histolytica*, consta de 4 fases consecutivas - que son: trofozoito, prequiste, quiste y metaquiste. Los trofozoitos se reproducen por división binaria y se enquistan durante la fase comensal; después de dos divisiones nucleares sucesivas producen quistes cuadrinucleares típicos, protegidos por una membrana rígida que contiene quitina. De cada quiste sale una sola amiba metaquistica cuadrinucleada, que por división da origen a 8 amibas uninucleadas.

Los síntomas de la disenteria amibiana pueden aparecer una o dos semanas después de la infección.

La gravedad y la manera como se presentan las manifestaciones clínicas son variables. Con frecuencia la diarrea no es tan intensa y los síntomas generales son relativamente leves. El comienzo es generalmente gradual, con dolor cólico, fiebre y malestar general. Hay evacuaciones de consistencia líquida, con sangre y moco, frecuentemente - acompañadas de tenesmo. Los ataques agudos pueden remitir espontáneamente.

Un tratamiento adecuado usualmente es seguido de alivio completo de - los signos y síntomas intestinales.

Como complicaciones no frecuentes de la amibiasis intestinal pueden ocurrir el ameboma, la perforación o una hemorragia. Algunas veces la amibiasis intestinal se presenta como una infección fulminante con diarrea profusa acompañada de fiebre alta, náusea, vómito y anorexia.

El pronóstico es frecuentemente mortal en tales casos y la muerte del paciente puede sobrevenir a consecuencia de una hemorragia o perforación intestinal. (2)

Por lo tanto, en las diarreas en las cuales se sospeche que el agente causal es un protozooario, los procedimientos que se utilicen de laboratorio deben estar orientados a la demostración del trofozoito expulsado en las evacuaciones. (1)

En el síndrome disenteriforme, la etiología amibiana debe ser considerada responsable hasta no demostrar lo contrario. (4)

En la encuesta realizada en niños con amibiasis por Kumate, se encontró que el vómito y las náuseas se presentaron en 81.5%, la diarrea con sangre en 80%, diarrea con moco en 27.7%, diarrea simple 17.17%, constipación 2.8% y sin alteraciones 1.7% (6)

En las evacuaciones de niños lactantes con diarrea aguda, frecuentemente acompañada de desnutrición, estudiados en la Ciudad de México, se han encontrado trofozoitos de *E. histolytica* en una proporción que oscila entre el 2 y el 8%. (1)

En la amibiasis intestinal aguda, el examen directo es rápido, barato y permite la demostración de amibas en el 80% de las muestras positivas.

La eliminación de trofozoítos es regular, de modo que examinando hasta 6 muestras, en un grupo de pacientes se ha observado que el examen de la primera muestra puede establecer el diagnóstico en el 89% y la segunda muestra en el 100% de los casos de amibiasis intestinal aguda.

Muy importante resulta destacar que en lactantes, la obtención de la muestra mediante cucharilla rectal, ofrece resultados muy superiores, al comparar las muestras recogidas del pañal. 15)

El conocimiento sobre la verdadera frecuencia de la amibiasis intestinal en niños, adolece de muchas deficiencias, ya que el diagnóstico - frecuentemente es erróneo, tanto por la omisión del mismo como por exceso. La causa es que la identificación del trofozoito invasor depende de la habilidad del investigador y de la toma adecuada de la muestra.

Por estas limitaciones, durante muchos años, aún en la actualidad - piensan erróneamente algunos médicos que la amibiasis intestinal es - poco frecuente en niños. (11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de amibiasis intestinal en lactantes se desconoce en la Ciudad de Veracruz, aún en la población afiliada al IMSS. Según los datos obtenidos de su frecuencia en la población en general, pensamos que la amibiasis intestinal debe ser significativa en los lactantes de un mes a dos años de edad, principalmente si se presentan evacuaciones con moco y sangre, más aun en aquellos con peso bajo o desnutridos.

HIPOTESIS GENERAL

La amibiasis intestinal es más frecuente en lactantes con bajo peso - o desnutridos que en los lactantes eutróficos.

HIPOTESIS NULA

No existe diferencia significativa en la frecuencia de amibiasis intestinal como causa de gastroenteritis aguda con evacuaciones con moco y sangre, en lactantes eutróficos y lactantes con peso bajo y desnutridos.

HIPOTESIS OPERACIONAL

La amibiasis intestinal es causa frecuente de gastroenteritis aguda - con evacuaciones con moco y sangre en lactantes de un mes a dos años de edad y es más frecuente en los lactantes con peso bajo y desnutridos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de amibiasis intestinal en lactantes eutróficos y lactantes con bajo peso o desnutridos con Gastroenteritis aguda con moco y sangre.

CONSULTA EXTERNA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57 IMSS

VERACRUZ, VER. 1985-86

OBJETIVO ESPECIFICO

Comparar la frecuencia de amibiasis intestinal en lactantes eutróficos y con bajo peso o desnutridos con Gastroenteritis aguda con evacuaciones con moco y sangre, mediante el examen de amiba en fresco obteniendo la muestra con isópo rectal.

CONSULTA EXTERNA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57 IMSS

VERACRUZ, VER. 1985-86

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 60 pacientes lactantes de un mes a dos años de edad - (24 meses cumplidos), seleccionados de 24 consultorios de la Consulta Externa de Medicina Familiar de ambos turnos (AC y BD) en la Unidad de Medicina Familiar 57 IMSS, Veracruz, Ver., entre los meses de Agosto de 1985 y Enero de 1986.

Previamente se solicitó a cada uno de los Médicos de consultorio y - turno su colaboración para la selección de pacientes, colocándose además un instructivo en cada consultorio, donde se señalaban las características que debía reunir cada lactante en los cuales se iba a llevar a cabo la investigación (criterios de inclusión).

Los niños seleccionados se enviaron con una forma 4.30.200 (envío de pacientes) al laboratorio del Hospital General de Zona N° 14 IMSS, - anexo a la Unidad de Medicina Familiar N° 57, con el diagnóstico clínico de Gastroenteritis aguda con evacuaciones con moco y sangre. La evolución del padecimiento debió ser menor de 15 días y no haber recibido durante ese lapso medicamentos ampicilinas.

NO INFLUYO PARA LA SELECCION:

- Antecedentes heredofamiliares.
- Nivel socioeconómico.
- Antecedentes gineco-obstétricos de la madre ni características del parto.
- Esquema de vacunación.
- Hábitos higiénico-dietéticos.
- Antecedentes personales patológicos.
- Domicilio (Solo estar adscritos a la UMF N° 57 y vivir en Veracruz.

mediante movimientos circulares cuidadosos, se extrajeron pequeñas - muestras de excremento y moco fecal, los que se depositaron en un tubo de ensayo conteniendo 2 ml. de solución salina isotónica, previamente calentado en baño maría a 37°C. Estas operaciones fueron realizadas - por el investigador con el fin de lograr estandarización de las técnicas y tratar de disminuir los errores de éstas.

Posteriormente este material se colocó en una laminilla portaobjetos, - frotando suavemente el isópo sobre ésta y haciendo un mezcla uniforme, se colocó una laminilla cubreobjetos y se procedió a la búsqueda de - trofozoitos de Entamoeba histolytica, con la participación del perso - nal adscrito a los departamentos de Microbiología y Parasitología del laboratorio, turnos matutino y vespertino. Todo este procedimiento se realizó en forma sucesiva e inmediata.

La investigación de amiba en fresco se realizó en dos tomas a cada pa - ciente, siendo la segunda entre media y una hora después de la primera o enseguida de la siguiente evacuación.

Todas las madres cooperaron favorablemente a la realización del estudio

Se informó oportunamente a cada Médico tratante el resultado del exá - men para que se tomaran las medidas terapéuticas correspondientes a ca da caso.

Ninguno de los pacientes cuyo resultado del examen de amiba en fresco fue negativo, se envió por segunda ocasión.

No se presentaron complicaciones o situación adversas a la toma de las muestras.

A cada uno de ellos se les incluyó en un grupo de lactantes eutróficos si tenían un peso dentro de los límites normales considerados para su edad (Grupo A), o en el grupo de lactantes de bajo peso y desnutridos, si dicho parámetro somatométrico estaba por debajo del límite normal - considerado para su edad (Grupo B).

El peso debió ser aquel que se tomaba el día del estudio en el consultorio del Médico Familiar y anotado en su expediente.

Al recibir a los lactantes en el laboratorio, se interrogaba a las madres nuevamente con respecto a edad, días de evolución del padecimiento y características del mismo, así como medicamentos que estuviesen - tomando o aplicándose.

Ninguno de los pacientes mostró datos de rectocolitis fulminante, perforación intestinal o desequilibrio hidroelectrolítico severo que contraindicara la realización del estudio. Todos tenían cuadro activo de gastroenteritis aguda y evacuaciones con moco y sangre en por lo menos 24 Hrs. anteriores a la toma de la muestra.

No se incluyeron aquellos en los que se había autolimitado el cuadro diarréico o tenían más de 15 días con el padecimiento. Tampoco a los - que estuvieran recibiendo tratamiento con metronidazol, emetina o dióxido de hidroxiquinoleína. Se incluyó a los pacientes que estaban tomando medicamentos como caolín pectina, dextrometorfán, acetaminofen y ampicilina.

A todos los lactantes, Grupo A y B, se les practicó el estudio de amiba en fresco por toma de moco fecal, introduciendo de dos a tres cm. - de un isópo por vía rectal, sin limpieza ni aseo previo de la región,-

RESULTADOS.

De los 60 pacientes estudiados, 39 correspondieron al Grupo A de lactantes eutróficos (65%), y 21 al Grupo B con bajo peso o desnutridos (cuadro y gráfica No. 1)

Ninguno de los lactantes del Grupo B, alcanzó el grado II de desnutrición (déficit de peso del 25% ó más). Sólo un paciente mostró 17% menos de peso que el ideal, el resto de los lactantes de este grupo estuvieron por debajo de dicho porcentaje.

En el grupo A, 35 fueron lactantes menores (89.7%) y 4 lactantes mayores (10.2%).

En el Grupo B, 10 pacientes fueron lactantes menores (47.6%) y 11 lactantes mayores (52.3%).

El total en ambos grupos fué 45 lactantes menores (75%) y 15 lactantes mayores (25%). (cuadro N° 2).

Para el Grupo A, 45 correspondieron al sexo masculino (61.51%) y 15 al femenino (38.5%) (cuadro y gráfica N° 3)

En lo que respecta al Grupo B, 7 fueron del sexo masculino (33.3%) y 14 al sexo femenino (66.6%).

En total, 31 lactantes del sexo masculino y 29 del femenino para ambos grupos. (cuadro y gráfica N° 3).

Para los 60 lactantes estudiados, el promedio aritmético fué de 8.3 - meses de edad, con una moda de dos meses (rango de 1 a 24 meses). (cuadro No 5)

Siete pacientes resultaron con el examen de amiba en fresco positivo, en ambos grupos (11.66% del total), de los cuales 4 correspondieron a lactantes del Grupo A (6.66% del total y 10.25% de su grupo) y 3 niños del grupo B (5% del total y 14.28% de su grupo). (cuadro y gráfica No. 4)

De los 7 pacientes con amiba en fresco positivo, 4 eran lactantes mayores (57.14%) y 3 lactantes menores (42.85%) cuadro No. 6

En todos ellos, se observaron trofozoitos de *Entamoeba histolytica* en la segunda muestra (primera muestra negativa).

En uno de ellos, se observó la amiba asociada a *Trichomonas hominis* y quistes de *Giardia lamblia* (paciente No. 1 del cuadro 6).

De los pacientes con examen negativo a *Entamoeba histolytica*, se encontró en uno trofozoitos de *Trichomonas hominis* y en otro huevecillos de *trichuris trichuria*, en ambas muestras.

Los casos positivos, reportados por meses fué como sigue: Septiembre - un caso, Octubre 5 y Noviembre 1 paciente positivo.

En el seguimiento de los lactantes en los cuales se observaron anibas, ninguno requirió hospitalización y todos repondieron en forma óptima con la terapéutica empleada que consistió en: medidas higiénico dietéticas, líquidos orales y metronidazol de 30 a 40 Mg por Kg. por día, - de 7 a 10 días.

No se reportaron complicaciones posteriores.

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES

DISTRIBUCION POR GRUPOS.

UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER

1985-86

	Nº	%
GRUPO A*	39	65
GRUPO B**	<u>21</u>	<u>35</u>
TOTAL	60	100

* LACTANTES ENTROFICOS

** LACTANTES CON BAJO PESO O DESNUTRIDOS

CUADRO N° 1

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES.

DISTRIBUCION POR GRUPOS

LACTANTES MENORES-LACTANTES MAYORES

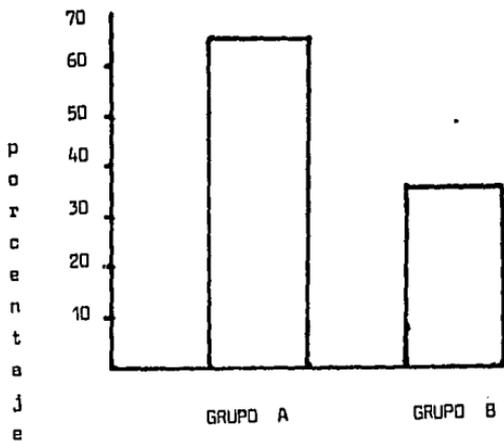
UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER.

1985-86

	L.MENORES	L.MAYORES	TOTAL
GRUPO A	35	4	39
GRUPO B	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>21</u>
TOTAL	45	15	60

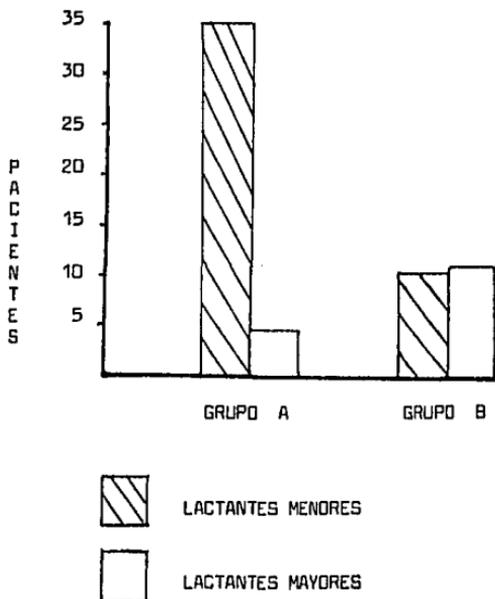
CUADRO N° 2

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES
DISTRIBUCION POR GRUPOS.
UMF # 57 IMSS VERACRUZ, VER.
1985-86



gráfica #1

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES
DISTRIBUCION POR GRUPOS
LACTANTES MENORES-LACTANTES MAYORES
UMF #57 IMSS VERACRUZ, VER.
1985-86



gráfica # 2

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES.

DISTRIBUCION POR SEXO

UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER.

1985-86

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GRUPO A	24	15	39
GRUPO B	<u>7</u>	<u>14</u>	<u>21</u>
TOTAL	31	29	60

CUADRO N° 3

FRECUENCIA DE AMIBIASIS INTESTINAL
EN LACTANTES, EXAMEN DE AMIBA EN FRESCO

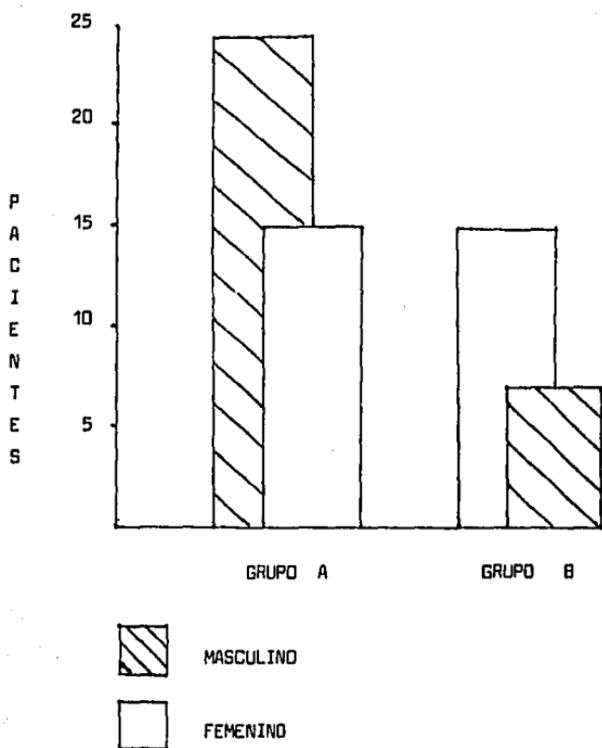
UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER.

1985-86

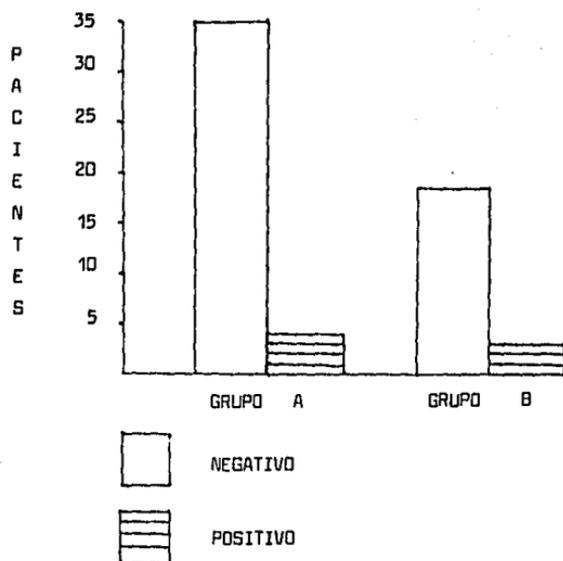
	NEGATIVO	POSITIVO	TOTAL
GRUPO A	35	4	39
GRUPO B	<u>18</u>	<u>3</u>	<u>21</u>
TOTAL	53	7	60

CUADRO N° 4

GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES
DISTRIBUCION POR SEXO
UMF #57 IMSS VERACRUZ, VER.
1985-86



FRECUENCIA DE AMIBIASIS INTESTINAL
EN LACTANTES, EXAMEN DE AMIBA EN FRESCO
UMF # 57 IMSS VERACRUZ, VER.
1985-86



GASTROENTERITIS CON MOCO Y SANGRE EN LACTANTES

DISTRIBUCION POR EDADES

UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER.

1985-86

EDAD/MESES	Nº DE PTES.	EDAD/MESES	Nº DE PTES.
1	7	13	1
2	11	14	2
3	8	15	0
4	3	16	1
5	1	17	3
6	2	18	1
7	4	19	1
8	0	20	1
9	3	21	1
10	2	22	0
11	2	23	1
12	2	24	3
TOTAL			60

\bar{X} = 8.3 meses

Mo = 2 meses.

CUADRO N° 5

FRECUENCIA DE AMIBIASIS INTESTINAL
EXAMEN DE AMIBA EN FRESCO CASOS POSITIVOS
DISTRIBUCION POR GRUPOS
UMF N° 57 IMSS VERACRUZ, VER.
1985-86

<u>PACIENTE N°</u>	<u>GRUPO</u>	<u>LACTANTE.</u>
1	B	MAVOR
2	B	MAVOR
3	A	MAVOR
4	B	MENOR
5	A	MAVOR
6	A	MENOR
7	A	MENOR

CUADRO N° 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio se observó que en los lactantes eutróficos es más frecuente el cuadro de gastroenteritis aguda con evacuaciones con moco y sangre, 39 de 60 niños estudiados (65%) en relación con aquellos de bajo peso o desnutridos, 21 de 60 lactantes (35%).

En ambos grupos A y B, se encontró una diferencia significativa en el total de lactantes menores (45) en relación con los lactantes mayores (15) - ($\chi^2 = p < 0.05$).

Con esto, podemos decir que la gastroenteritis aguda con evacuaciones con moco y sangre es más frecuente en lactantes menores que en lactantes mayores que acuden a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS, Veracruz, Ver.

En cuanto al sexo, hay una diferencia significativa en la frecuencia de este padecimiento, siendo mayor en el sexo masculino del Grupo A - en comparación con el Grupo B ($\chi^2 = P < 0.05$) ($\chi^2 = P < 0.05$).

Es importante señalar que de 60 niños estudiados, a pesar de los factores que influyen para que se desencadene un cuadro de gastroenteritis aguda con moco y sangre (Malos hábitos higiénicos, bajo nivel socioeconómico y cultural), no se encontraron infantes con déficit de peso mayor al 17%. Lo anterior puede traducir la buena aplicación de los programas encaminados a mejorar las condiciones de salud de la población en edad pediátrica como son: control del niño sano, alimentación infantil, pláticas y demostraciones por parte de Trabajo Social, Etc., que se llevan a cabo en la U.M.F. No. 57.

Como puede verse en la gráfica No. 5, en relación a la edad, el promedio aritmético fué de 8.3 meses de edad, con una moda de 2 meses (11 pacientes), que confirma el dato, en este estudio, de que la gastroenteritis aguda con moco y sangre es más frecuente en lactantes menores que en lactantes mayores.

Al practicar el examen de amiba en fresco, se encontró una frecuencia del 11.66% de casos positivos en ambos grupos (60 pacientes).

Se observó mayor frecuencia numérica y porcentual en los lactantes - eutróficos (Grupo A), 4 casos positivos, con 6.6% del total de niños, en comparación con los de bajo peso y desnutridos (Grupo B), 3 casos con 5% ($\chi^2 = p > 0.05$).

La frecuencia porcentual de casos positivos fué menor en el Grupo A, (10.25%) que en el Grupo B (14.28). Asimismo, se encontró que no hay diferencia significativa entre los lactantes mayores y lactantes menores con amiba en fresco positiva ($\chi^2 = p > 0.05$).

Es sobresaliente el dato, que en todos los pacientes, el trofozoito - se encontró en la segunda muestra y ninguno en la primera, lo que - obliga a pensar que a mayor número de muestras, mayor el índice de positividad, por lo menos con la toma por isópo rectal.

Por otro lado, es rara la asociación del trofozoito de Entamoeba histolytica con otros parásitos, un sólo caso asociado con trofozoítos de Trichomona hominis y quistes de Giardia lamblia.

Otros parásitos encontrados en dos pacientes, no asociados con E. histolytica, fueron trofozoítos de Trichomona hominis en uno y huevecillos de Trichuris trichuria en otro.

En este estudio se concluye que la frecuencia de amibiasis intestinal, mediante la observación del trofozoito de dicho parásito, mediante la toma de dos muestras con isópo rectal, en lactantes eutróficos y con bajo peso o desnutridos, que tienen gastroenteritis aguda con moco y sangre, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS en Veracruz, Ver., es baja en relación con los estudios realizados por otros investigadores en la Ciudad de México. (6)

Asimismo, no existe diferencia significativa de amiba intestinal entre lactantes eutróficos y aquellos que tienen bajo peso o desnutrición.

Sin embargo, se confirma el carácter endémico de la enfermedad, ya que se han reportado una elevación de casos durante los meses de vera no en otros estudios, correspondiendo a esta investigación los de otoño-invierno.

Por lo tanto, queda la inquietud latente de continuar realizando investigaciones para hablar con bases firmes, a cerca de esta patología de la que se dicen muchas cifras de su frecuencia, sobre todo en los casos reportados en las estadísticas de morbilidad. No sabemos a ciencia cierta, si el 4º lugar que ocupa la Delegación Norte del IMSS, en los casos notificados de amibiasis, dentro de las enfermedades transmisibles, sea por apreciación clínica o fundamentados en los exámenes de laboratorio.

Como se ha dicho anteriormente, la observación del trofozoito de Entamoeba histolytica es la única evidencia clara para confirmar la etiología amibiana en las formas intestinales; debiéndose evitar el abuso en las notificaciones sin haber agotado los recursos disponibles con el fin de fundamentar el agente causante.

No debemos olvidar que en los lactantes, la gastroenteritis aguda con moco y sangre puede ser causada por múltiples gérmenes incluyendo vi
rus, salmonellas, Escherichia coli, shigellas, etc.

Se recomienda que en aquellos lugares en los que se cuente con labora
torio, todo lactante con cuadro clínico semejante al que se describe
en este estudio, debe incluirse en su protocolo de estudio: examen co
proológico, coproparasitos cópico seriado, amiba en fresco, coproculti
vo, aún en los Servicios del Primer Nivel, si las condiciones del en
fermo lo permiten.

En caso de continuar sospechando la etiología amibiana y se hayan ago
tado estos recursos, está justificado el envío al Segundo Nivel en -
donde debe procederse a la toma directa de la muestra por rectosigmoi
doscopia que es el estudio hasta la fecha reportado, en el que más -
sensibilidad se tiene para observar el parásito.

Como corolario, teóricamente, la amibiasis podría ser erradicada ele
vando los niveles de vida y estableciendo condiciones sanitarias ade
cuadas en las zonas donde prevalece la enfermedad. Este proceder re
queriría reformas radicales, sociales y económicas, en donde las po
blaciones susceptibles sufren de pobreza e ignorancia.

Las medidas básicas de la atención primaria son las que se requieren
para el control de otras enfermedades entéricas, tales como saneamien
to del medio ambiente, disponibilidad de agua potable y educación pa
ra la salud.

RESUMEN

Se estudiaron 60 lactantes que acudieron a la Consulta Externa en la Unidad de Medicina Familiar N° 57 IMSS, Veracruz, Ver., con cuadro agudo de gastroenteritis con moco y sangre. Se les realizó el estudio de amiba en fresco por toma con isópo rectal, en dos ocasiones.

Se incluyen en el Grupo A de lactantes eutróficos (39 pacientes) y el Grupo B de lactantes con bajo peso o desnutridos. (21 pacientes)

La frecuencia de amibiasis observada en el total de pacientes fué de 11.66%, correspondiendo el 6.6% al Grupo A y el 5% al Grupo B.

No existió diferencia significativa en la frecuencia de amibiasis intestinal en los lactantes eutróficos comparada con los lactantes con bajo peso o desnutrición.

En los casos positivos no se reportaron complicaciones y respondieron favorablemente al tratamiento con metronidazol.

Se concluye que en los lactantes de la consulta Externa de la UMF N° 57, IMSS Veracruz, Ver., la frecuencia de amibiasis intestinal en el cuadro de gastroenteritis con moco y sangre es baja en comparación con las cifras que se reportan en otros estudios en la Ciudad de México.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.- Gómez OL, Amézquita UG, "Enfermedades diarreicas en el niño" - Hosp Inf. Méx. 6^a Ed. 1979: (15-33, 35-43, 98-101, 135-154, - 238-245).
- 2.- Martínez PA, Báez MM, Amibiasis. Sal Pub Méx 25, 1983: 563-573.
- 3.- De La Loza SR, Domínguez JA, Saldaña JH, Las enfermedades trans misibles en la población del IMSS de 1972 a 1981, Sal Pub Méx - 25, 1983: 630-650.
- 4.- GARCIA VJ, Mata GJ, Tanur TB, El síndrome diarreico, Atención - Médica, Mayo 1982: 28-41.
- 5.- Biagi F, Enfermedades parasitarias, Amibiasis, La Prensa Médica Mexicana, 2^a Ed. 1978: 81-124
- 6.- Jiménez CE, Kumate GJ, Correlación clínica de Zimodemos de E. - histolytica; Arch. Invest. Med. (Méx.) 13 (supl. 3) 1982: 77-81.
- 7.- Kumate GJ, Gutiérrez G, Manual de Infectología, 8^a Ed. 1981: - 58-67.
- 8.- Brown HW, Parasitología Clínica, 4^a Ed. Interamericana 1981: 22-35
- 9.- Hans R, Pérez SE, Lares A; La amibiasis intestinal en el niño. Estudio etiológico de las lesiones de colon rectosigmoideo. Arch. Invest. Méd. (Méx.) 9 (Supl. 1) 1978: 375-80.

- 10.- Gutiérrez G, Ludlow A, Espinoza G; National serologic survey II, Search for antibodies against *Entamoeba histolytica* in Mexico, - En: Proceedings of the International Conference on Amibiasis, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F. 1976: 609-618.
- 11.- Cataneda CE, Baca RL, Serafín AF; Amibiasis intestinal en niños Frecuencia y características de diversas formas clínicas. Informe preliminar. Arch. Invest. Méd (Méx) 9 (supl. 1) 1978: 367-70.
- 12.- Rusell J.M. Coughlin E. Thomas D.W., Spectrum of amibiasis in - children. American Journal Disease of Children. Vol. 136 Sept. 1982: 785-89.
- 13.- Gonzdlez S.M. Parasitosis en Medicina Familiar. Tesis de Post-grado. 1979: 13-27