

11226
: 19



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMIBIASIS
INTESTINAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

252825

**TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MAGDALENA / CORDOVA OLGUIN**

**ASESORES: DRA. LOURDES GARCIA ORTIZ
DR. JORGE MENESES GARDUÑO**



MEXICO, D. F.

1997.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMIBIASIS INTESTINAL
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

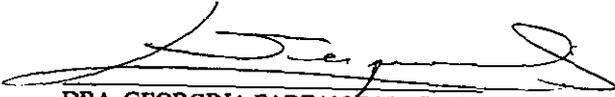
**INVESTIGACION MEDICA
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MAGDALENA CORDOVA OLGUIN

1997

AUTORIZACION:



DRA. GEORGINA FARFAN SALAZAR
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21



DRA. MARISELA GARCIA MENESES
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA U.M.F. No. 21



DR. JORGE MENESES GARDUÑO
COORDINADOR DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 21

DEDICATORIA

**A LA MEMORIA DE MI MADRE
A MI PADRE POR TODO SU APOYO
A LO LARGO DE MI VIDA**

**A MIS HERMANAS
PORQUE TAMBIEN ES UNA FORMA
DE DECIRLES QUE LAS QUIERO**

**A MI ESOSO
POR TODO ESE TIEMPO DE
SOLEDAD Y SACRIFICIO**

AGRADECIMIENTO

**MI APRECIACION Y GRATITUD
A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS Y AMIGOS
POR TODOS LOS CONOCIMIENTOS
Y SUGERENCIAS TRANSMITIDOS A LO LARGO
DE MI FORMACION**

SI HAN DE SER MEDICOS, QUE
NO PIERDAN NUNCA SU CARACTER
ESENCIAL DE CLINICOS. CLINICA
FUE LA MEDICINA AL NACER Y
CLINICA SERA SIEMPRE POR PROFUNDA
QUE SEA SU TRANSFORMACION
CIENTIFICA. DE OTRO MODO NO
SERIA MEDICINA

INDICE

CONTENIDO	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVO	4
III. MATERIAL Y METODO	5
IV. HIPOTESIS	6
V. RESULTADOS	7
VI. DISCUSION	10
VII. CONCLUSIONES	11
VIII. SUGERENCIAS	12
IX. BIBLIOGRAFIA	13
X. ANEXOS	15

INTRODUCCION

Las enfermedades diarreicas constituyen una de las principales causas de consulta en México, reportándose como segunda causa de enfermedad general (1, 2).

Más del 90% de los casos de diarrea aguda en niños son autolimitados, no requiriéndose estudios de laboratorio para identificar el agente causal, de estos aproximadamente un 10% de los casos se acompañan de sangre o disentería. (3).

En un estudio realizado en 1986 en 2 clínicas del IMSS de la ciudad de México con 374 pacientes 47 con diarrea con sangre y 327 sin ella, se identificaron los siguientes microorganismos, como agentes causales: *E. Coli citotoxica* 24.8% *E. Coli toxigenica* 13.9% *Shigella* 12.3% *E. Coli Enteropatogena* 8.9% *Rotavirus* 7.0% *Entamoeba Histolítica* se identificó en solo 4 casos (1.1%). (4).

La frecuencia y tipo de parasitosis están influidos por factores ambientales y socioeconómicos. corroborándose que donde la educación sanitaria es menor, la prevalencia de parasitosis es mayor, dada su interrelación con el consumo de agua y alimentos contaminados. (5).

El comité experto en amibiasis de la OMS definió en 1969, a la amibiasis como la condición de albergar al parásito de *E. Histolytica* con o sin manifestaciones clínicas. (6).

La *Entamoeba Histolítica*, puede vivir en forma comensal o invasora en la luz o el espesor de las paredes del colon (7). Se transmite a través de la ingestión oral de quistes, produciéndose el desenquistamiento y formación de los trofozoitos a nivel de intestino terminal. (8).

Se reporta que en nuestro país un 20% de la población padece esta enfermedad, siendo en la mayoría de los casos portadores asintomáticos, y de estos solo el 7.5% cursan con síntomas colonicos.

Se reconocen 4 formas clínicas mediante las cuales se puede manifestar la amibiasis intestinal: 1. Rectocolitis aguda. 2. Colitis fulminante. 3. Apendicitis amibiana. 4. Ameboma.

La forma más común es la rectocolitis aguda, conocida también como disentería aguda. Representa un 90% de los casos de amibiasis invasora, se caracteriza por síndrome diarreico, con evacuaciones escasas con abundante moco y sangre, dolor abdominal y tenesmo rectal. (9).

Los portadores asintomáticos son considerados como una forma crónica de colitis amibiana, constituyendo la forma más frecuente de infección presentando alteraciones funcionales del intestino grueso, asociado frecuentemente a colon irritable. (10, 11).

Un sujeto portador es capaz de eliminar el parásito sin necesidad de tratamiento y sin haber presentado datos de enfermedad amibiana. (12).

Los fármacos más importantes en la actualidad para el tratamiento de la amibiasis invasora, continúa siendo el metronidazol, su efectividad excede el 90% de los casos tratados. (13).

En el tratamiento de la amibiasis a nivel intestinal, también se han utilizado los de acción luminal, como las quinoleínas, la quinfamida, etofamida y nimovasol, con una curación clínica y parasitaria del 90% y se han ensayado derivados nitroimidazólicos: el tinidazol, ornidazol, satranidazol, nitrimidazina, panidazol y otros que se han estudiado *in vitro* e *in vivo* con resultados terapéuticos similares.

Considerando lo anterior, el diagnóstico de amibiasis es predominantemente clínico y el laboratorio debe utilizarse como apoyo para corroborarlo, en casos que exista duda.

Como motivo de consulta durante 1995 en la U.M.F. No. 21 ocupó el 5to. lugar de frecuencia de las enfermedades transmisibles con 817 casos y una tasa de 8.26 x 1,000 D.H. usuarios; lo que contrastó, con el 5% de todos los coproparasitoscópicos realizados en la unidad fueron positivos.

Con el fin de conocer la importancia que se le da a los datos clínicos y como se indica su tratamiento medicamentoso, se planteó la necesidad de analizar cuales son los criterios clínicos y de tratamiento de la amibiasis intestinal en la U.M.F. No. 21 en el período comprendido de abril a julio de 1996.

OBJETIVOS

IDENTIFICAR LOS SIGNOS, SINTOMAS Y TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES DE 25-64 AÑOS DE EDAD QUE SE LE DIAGNOSTICO AMIBIASIS INTESTINAL.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se incluyeron a los pacientes de 25-64 años de edad de ambos sexos, que fueron diagnosticados y tratados como amibiasis intestinal en el mes de abril a julio de 1996 en la U.M.F. No. 21 obteniéndose sus datos del registro Institucional de control de informe de consulta externa (4.30.6/96). Se identificaron: número de afiliación, fecha de dx, consultorio y turno. Posteriormente se buscaron los expedientes y notas medicas para obtener la siguiente información:

- 1.- Tiempo de evolución del padecimiento. Se consideró agudo cuando duró menos de 20 días y crónico un tiempo mayor.
- 2.- Los síntomas referidos por los pacientes, motivo de la consulta y consignadas en el expediente.
- 3.- Características de las evacuaciones, también referidas por los pacientes y consignadas en el expediente. Se tomo en cuenta la presencia de moco y/o sangre en las evacuaciones y otras características de las mismas.
- 4.- Auxiliares de diagnostico solicitados: Coproparasitoscopico y estudio de moco fecal.
- 5.- El tipo de tratamiento medicamentoso utilizado.

Se determinó una muestra de 103, a través de la proporción de estos diagnósticos en relación al total de consultas de la unidad durante 1995, a través de una fórmula de proporciones.

HIPOTESIS

NO NECESARIA POR TRATARSE DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

RESULTADOS:

Se analizaron 103 casos. Encontrándose lo siguiente.

Por tiempo de evolución 95% presentó cuadro agudo (< 20 días) y el resto crónico (\geq 20 días).

GRAFICO 1

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. DE ABRIL A JULIO DE 1996.

U.M.F. No. 21



El 83% de los pacientes presentó evacuaciones diarreas.

GRAFICO 2

PACIENTES QUE PRESENTARON EVACUACIONES DIARREICAS. DE ABRIL A JULIO DE 1996 EN LA U.M.F. No. 21



El síntoma que predominó fue el dolor abdominal con un 71%. El de menor presentación fue el estreñimiento.

CUADRO I

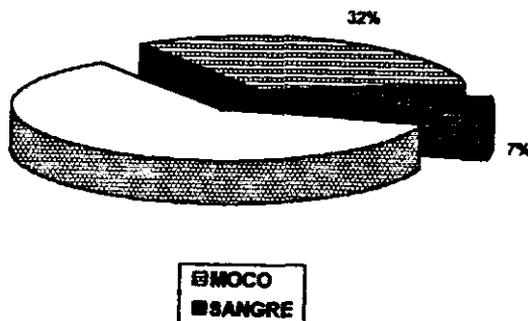
SINTOMAS	NUMERO	%
DOLOR ABDOMINAL	73	71
PUJO RECTAL	40	39
TENESMO RECTAL	50	49
ESTREÑIMIENTO	7	7

Fuente: 103 Expedientes Clínicos. Abril - Julio 1996. U.M.F. 21

El 39% refirió presencia de moco y/o sangre en las evacuaciones, predominando el moco en 1/3 parte.

GRAFICO 3.

PRESENCIA DE MOCO Y/O SANGRE EN LAS EVACUACIONES.
ABRIL - JULIO DE 1996. U.M.F. No. 21



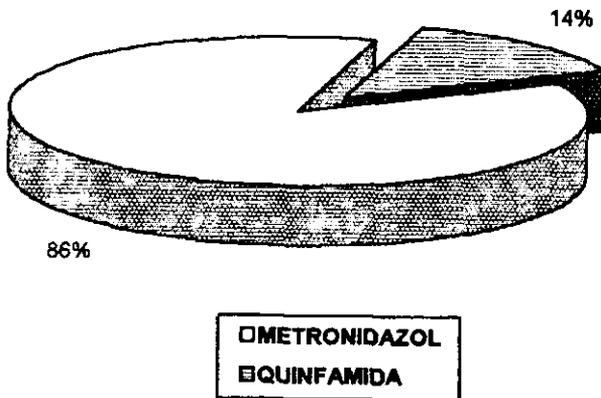
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En 11 pacientes en la nota previa no existió evidencia clínica de amibiasis al presentar como único síntoma dolor abdominal en el 91%, pujo y tenesmo rectal en el 9% y al realizarles coproparasitoscópico se encontró en 10 de ellos quistes de Entamoeba Histolytica y en 1 E. Nana.

El 100% recibió tratamiento farmacológico con metronidazol o quinfamida, siendo el de mayor predominio el metronidazol en más de las $\frac{3}{4}$ partes.

GRAFICO 5.

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN TIPO DE ANTIAMIBIANO UTILIZADO. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A JULIO DE 1996. EN LA U.M.F.No.21



DISCUSION

El 83% de los pacientes presentó evacuaciones diarreicas, cursando la mayoría con un cuadro de menos de 20 días de evolución (agudo) lo que contrasta con lo reportado en la literatura, que hasta el 90% de las diarreas agudas pueden autolimitarse. En menos de la mitad no se encontró sintomatología que orientara a un cuadro amibiano, ni tampoco presentaron moco y/o sangre en las evacuaciones que es un parámetro útil para el diagnostico de la enfermedad (3).

El 100% recibió tratamiento farmacológico y sin embargo en la bibliografía se menciona, que los antiamebianos están indicados sólo cuando se han identificado trofozoitos de *Entamoeba histolytica* en heces o después del fracaso de una prueba terapéutica, cuando se sospecha disentería por shigella (15).

Destaca el uso del metronidazol del cual según lo reportado en la revisión bibliográfica, se señala su suspensión hasta en el 50% de casos por efectos colaterales; recordar que hay medicamentos menos tóxicos y con un alto porcentaje de éxito en la curación del paciente, como es el caso de la quinfamida, que en este estudio únicamente se utilizó en el 14% de los pacientes(16,17).

Hubo pacientes en los que se les solicitó coproparasitoscopia en serie de 3, sin existir evidencia de amibiasis y basándose como único síntoma el dolor abdominal, de estos el 91% resultó positivo para amibiasis.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes curso con un cuadro agudo. En casi la mitad no hubo sintomatología que nos pudiera orientar a pensar que se tratara de un cuadro amibiano y en muy pocos pacientes pudimos encontrar moco y/o sangre en las evacuaciones, que es un parámetro útil para el diagnostico de la enfermedad.

Con respecto al tratamiento utilizado se encontró que la mayoría recibió metronidazol, y menos de la cuarta parte de los pacientes recibió quinfamida para su manejo.

Por lo anterior, podemos concluir que se da poca importancia al tiempo de evolución y a las características de las evacuaciones para el diagnostico y tratamiento de la enfermedad. Por lo que se debe de resaltar la importancia de la semiología y valorar el uso de otros recursos terapéuticos.

SUGERENCIAS

- 1.- Aumentar la simiología para llegar a un diagnóstico; para un manejo específico más dirigido.
- 2.- Seleccionar a los pacientes que requieran tratamiento con antimibiano por medio de algoritmos que se sugiere sean realizados por los médicos y jefes de departamento clínico de la unidad.
- 3.- Poner en práctica los esquemas terapéuticos referidos en la literatura en los pacientes que así lo requieran.
- 4.- Es importante utilizar con más frecuencia otros recursos terapéuticos antiparasitarios, como es el caso de la quinfamida, para evitar la suspensión del tratamiento, debido a la toxicidad y larga duración del tratamiento como es el caso del metronidazol.
- 5.- No olvidar que la educación es una herramienta eficaz para plantear más acciones dirigidas a la población, para disminuir los factores de riesgo, mediante la participación conjunta del equipo de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gutiérrez g; Guiscafre H; Los errores en el tratamiento médico de padecimientos comunes. Un grave problema de Salud Pública. Gac. Méd. México. 1992; 128: 500-503.
- 2.- Libreros V; Guiscafre H; Tome P; Reyes H; Pérez R; Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en diarrea e infecciones respiratorias agudas en dos instituciones de salud: SS e IMSS. I. Metodología del estudio y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada. Gac. Méd Méx. 1992; 128: 505-512.
- 3.- Muñoz O; Torres J. Avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en diarrea aguda. Gac. Méd. Méx. 1992; 128: 573-581.
- 4.- Guiscafre H; González S; Parra R; Lemus H; Álvarez M; Guiscafre J. P. Etiología y cuadro clínico de los casos estudiados. Archivos de Investigación Médica. 1988; 19: 361-369.
- 5.- Navarrete J; Navarrete E; Escandón C; Escobedo J. Prevalencia de parásitos intestinales en la población infantil de Santiago Jamiltepec, Oaxaca. Rev. Méd IMSS. 1993; 31: 157-161.
- 7.- Martínez - Palomo Adolfo. Amibiasis. México 1989. Ed. Panamericana.
- 8.- Tsutsumi V. Los modelos experimentales in vivo en la amibiasis. Rev. Gastroenterol. (Méx.) 1995; 60: 450-453.

- 9.- Amibiasis. Primera reunión de expertos. México 1992. Searles de México.
- 10.- Gómez A; Martínez M; Garduño G; Valadez A; Leira O; Garduño J. Historia natural de la infección amibiana durante el primer año de vida. Estudio comparativo de cohortes. Bol. Méd. Hosp. Infantil México. 1995. 52-211.
- 11.- Kumate J. Manual de Infectología.
- 12.- Treviño N. Manzo G. O'Shea M. Amibiasis , aspectos de Interés para el Internista. Rev. Gastroenterol. Méx. 1995; 60: 229-236.
- 13.- Garduño J; Martínez M. Fajardo A; Ortega M; Alvarez A; Vega V. Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. Rev. Inv. Cln. (Méx.) 1992; 44: 235-40.
- 14.- Tanimoto M. La evolución y tratamiento de la amibiasis. Rev. Gastroenterol Méx. 1995; 60: 19-20.
- 15.- Onofre M. Guiscafre H. Bronemam M. Gutierrez G. Características del tratamiento prescrito por los médicos familiares y los pacientes. Arch. Invest. Méd (Méx), 1988; 19:371.
- 16.- Martínez C. Guiscafre H. Muñoz O. Gutiérrez G. Análisis del cumplimiento con los esquemas terapéuticos utilizados. Arch. Invest. Méd. (Méx) 1988; 1-:409.
- 17.- Montoya M. Efectos colaterales de los medicamentos más frecuentemente usados en diarrea e infecciones respiratorias agudas. Gac. Méd. Méx. 1992;128:5

