

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
CLINICA HOSPITAL T1-1
CD. OBREGON, SONORA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N

Dr. Jesús Jaime Solana Miranda

Dr. Efraín Flores Cabrera

Dr. Germán Alfonso Wang Millán



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.

A Mi Madre:

Mujer que supo forjar
por si mismo el des-
tino de sus hijos.

A Mi Esposa:

Por el cariño, apoyo y
comprensión que en ella
he tenido.

" PARASITOSIS INTESTINALES MAS FRECUENTES
EN CONSULTA EXTERNA

de un médico familiar de menores".

AUTORES:

FLORES CABRERA EFREN.

SOLANO MIRANDA JESUS JAIME.

WONG MILLAN GERMAN ALFONSO.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL T-1 No. 1 DE CD. OBREGON, - SONORA.

DIRECCION DE TESIS:

SR. DR. ROBERTO UNDA CARBOT.

SR. DR. HECTOR ANTONIO OCHOA ROBLES.

POR SU VALIOSA COLABORACION EN
LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO,
LES EXPRESAMOS NUESTRO MAS PRO-
FUNDO AGRADECIMIENTO.

AGRADECEMOS CUMPLIDAMENTE A LOS C.C.:

DR. OSCAR ROJAS CABRERA
JEFE DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION.

DR. JOSE R. MONTOYA CASTRO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE
LA CHT1 #1, DE CD. OBREGON, SONORA.

DR. ROBERTO UNDA CARBOT
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA CHT1 #1, EN
CIUDAD OBREGON, SONORA.

DR. HECTOR ANTONIO OCHOA ROBLES
MEDICO FAMILIAR DE MENORES DE LA
CHT1 #1, EN CD. OBREGON, SONORA.

NUESTRO ESPECIAL Y SINCERO AGRADECIMIENTO
A LA SEÑORITA:

MARTHA ALICIA ACUÑA ANAYA

POR SU VALIOSA Y DESINTERESADA COLABORA--
CION EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

CONTENIDO

OBJETIVOS

INTRODUCCION

GENERALIDADES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

RESUMEN

REFERENCIAS

OBJETIVOS

1. Detectar los tipos de parasitosis intestinales que predominan en nuestro medio.
2. Destacar importantemente las condiciones que contribuyen para que se presenten las parasitosis intestinales.
3. Investigar si el primer nivel de prevención de dichas parasitosis está presente en los hogares de los pacientes afectados.
4. Efectuar una revisión panorámica de las situaciones económicas, socioculturales, ambientales e higiénicas de los pacientes con la mencionada patología.

I N T R O D U C C I O N

Por todos es sabido que las parasitosis intestinales son uno de los padecimientos más antiguos de la humanidad, que ya existían antes que el hombre mismo, y que al haber su aparición ésta, ofreció en su organismo un medio ideal para el desarrollo y reproducción de ciertos parásitos, viniendo a constituir así el tercer factor presente en la tríada ecológica: el huésped.

A pesar de que este problema es tan remoto, aún no es posible afirmar que exista un control adecuado de las parasitosis, -- pues si bien es cierto que a través del tiempo se han desarrollado diversas técnicas y fármacos dirigidos a lograrlo, también es cierto que paralelamente han aparecido otros factores que coadyuvan al engrandecimiento del problema, tales como: a) la explosión demográfica, con su consecuente nacimiento, promiscuidad, alimentación deficiente, mala educación higiénica, etc.; b) el desempleo, que limita el ingreso per cápita y por lo tanto impide a la familia conseguir los medios de higiene más necesarios; c) la creciente industrialización, que produce contaminación del ambiente, y lógicamente propicia un medio favorable para el desarrollo de ciertos parásitos. Todo lo anterior nos indica que la parasitosis intestinal no es un problema estrictamente médico, sino que implica además factores sociales, económicos, y culturales que no es posible ignorar si se pretende abordar dichos padecimientos para su control y erradicación.

En el caso particular de nuestro país, es importante anali--

zar este tipo de problemas, ya que son los que condicionan un ambiente adecuado para el desarrollo de esos padecimientos. Una muestra muy palpable lo constituyen las enfermedades gastrointestinales que se engloban en un término muy general como lo es el diagnóstico de gastroenteritis, pero cuando este es investigado a fondo, no pocas veces se descubre que el factor causante de esa patología lo constituye un parásito. Si a esto añadimos, además, que las enfermedades gastroenterales ocupan uno de los primeros lugares como causa de morbilidad, estaremos de acuerdo en la importancia que tiene el control adecuado, a todos los niveles, de las parasitosis intestinales para abatir su alta incidencia y por ende, el de gastroenteritis.

Respecto a lo anterior, hemos de saber que aún a pesar de que por varios años se ha tratado de paliar el índice de estos padecimientos, las estadísticas nos demuestran concretamente que continúan ocupando el mismo porcentaje de años atrás. Así, por ejemplo, tenemos que la amibiasis, desde 1955 a la fecha, el Departamento de Patología del Hospital General de la S.S.A. lo ha estado reportando como cuarta causa de mortalidad en nuestro país.

Sin embargo, este problema no es exclusivo de las ciudades, sino que también lo encontramos en las poblaciones rurales, que son zonas en que el factor cultural impide a las personas darse cuenta de la importancia de ajustarse a las medidas higiénicas que se recomiendan para el control de las parasitosis.

Un mayor obstáculo para el control de estos padecimientos lo

continúa siendo la conducta humana, cuya indiferencia, egoísmo, - ignorancia y desprecio se imponen como oficiales, y añadidas a la inquietud política refuerzan la inacción y las fallas en las aplicaciones prácticas de los hallazgos de investigación.

Por lo enunciado, es nuestro propósito en el presente estudio enfocar este complejo problema desde varios y diferentes puntos de vista, tanto social, económico, cultural y médicamente, — sin pretender establecer conclusiones definitivas, sino simplemente describir nuestros hallazgos con sus consabidas limitaciones y ponerlas a la consideración del lector.

GENERALIDADES

El parásito es todo ser que normalmente se aloja durante toda su existencia o parte de ella, en otro ser de distinta especie a expensas del cual se nutre.

Como se ve, la anterior definición conjunta ciertas características esenciales que distinguen el parasitismo de otro tipo de situaciones, tales como:

a) Simbiosis, cuando dos seres de distinta especie se asocian y ambos reciben algún beneficio.

b) Comensalismo, cuando dos seres de distinta especie se asocian para aprovechar la misma comida.

c) Predatismo, cuando un organismo se nutre a expensas de otro de distinta especie pero no se aloja en este, sino que lo destruye.

d) Inquilinismo, un ser que se aloja en otro de distinta especie pero no se alimenta a expensas de este.

Ahora bien, el parásito puede ser: Obligatorio, si no puede vivir sin el huésped; o Facultativo, que son aquellos que viven como parásitos, pero que en un momento dado pueden hacer vida libre.

En la mayoría de los casos, el parásito causa daño al huésped. Cuando la reparación de los tejidos dañados se efectúa con la misma rapidez que su destrucción, al huésped se le denomina portador. Cuando el daño producido es considerable, lo que se traduce en enfermedad de mayor o menor gravedad, el parásito se califica como patógeno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aún a pesar de la introducción de fármacos parasiticidas en el mercado, estos no han sido lo suficientemente eficaces para erradicar el gran problema de salud pública que las parasitosis intestinales representan en nuestro país. Creemos que se han descuidado los aspectos más importantes que nos permitirían controlar o abatir el alto índice de estos padecimientos. Dichos aspectos incluyen: el mejoramiento del medio ambiente en que se desarrolla el individuo, el logro de un nivel sociocultural adecuado, la modificación del nivel económico en que se desenvuelven los individuos afectados y la asistencia médica integral a los grupos de población más alejados del país.

HIPOTESIS

El estudio longitudinal de la familia, nos muestra las condiciones en que viven y se desenvuelven los integrantes de la misma, lo cual nos puede dar los parámetros necesarios para conocer las causas que originan y/o contribuyen a que las parasitosis intestinales continúen siendo un problema de salud muy importante en nuestro país; dichas causas creemos que están determinadas por un bajo nivel cultural, económico y social, lo cual no les permite detectar el problema para poder por lo menos disminuir su índice de incidencia.

MATERIAL Y METODOS

Se recolectaron todos los casos de parasitosis intestinal — ocurridos en la consulta externa de un médico familiar de menores de la Clínica Hospital T-1 No. 1 del I.M.S.S., en Cd. Obregón, Sonora, durante el periodo comprendido del 12 de Enero al 31 de Agosto de 1976.

Se investigaron en archivo los expedientes clínicos de cada uno de los 270 casos encontrados de acuerdo con el diagnóstico y su corroboración o no, por medio del examen coproparasitológico seriado.

Del total de casos recopilados, se tomó una muestra al azar de 30 pacientes, con el propósito de practicar en ellos un estudio longitudinal del núcleo familiar, tocando aspectos de tipo — socioeconómico, cultural, ambiental e higiénico. (Anexas).

RESULTADOS

Después de haber explicado y analizado los distintos cuadros nos damos cuenta de que se conjuntan varios factores que se sinergizan entre sí y hacen posible aumentar la magnitud de las parasitosis; viendo por ejemplo que en todas las viviendas sin excepción existe cuando menos un agente transmisor, predominando entre estos la mosca, hoy por hoy uno de los vectores más dinámicos para transmitir diversos padecimientos (cuadro No. 9).

Por otro lado encontramos que la mayor parte de la población estudiada cuenta con mecanismos que se pueden considerar efectivos para la disposición de escretas y además cuentan con agua intradomiciliaria, pero esto no implica que esté resuelto el problema, pudiendo ser que por el contrario, la gente no haga uso adecuado de ellos (cuadros Nos. 6, 7 y 8).

El hacinamiento es un factor muy importante para que las parasitosis intestinales encuentren el medio ideal para desarrollar su ciclo vital, y así tenemos, si observamos el cuadro No. 3, que las familias numerosas ocupan un gran porcentaje de incidencia de parasitosis.

También tenemos que la parasitosis más frecuente resultó ser la oxiuriasis, lo cual no es nada raro si tomamos en cuenta que el ciclo vital de este parásito (ano-boca), se ha perpetuado debido a la falta de concientización de los pacientes a seguir las medidas higiénicas recomendadas.

Por último, no menos importante, tenemos el factor económico pues vemos que la mayoría de las familias no cuentan con un ingreso económico que se pueda considerar suficiente para financiar y hacer posible la educación, buena alimentación, vivienda adecuada con instalaciones sanitarias óptimas (cuadro No. 4).

En seguida describiremos las tres parasitosis más frecuentes encontradas en este trabajo, así como su historia natural y los niveles de prevención.

AMIBIASIS.

Es la presencia de entamoeba histolytica en el organismo humano con o sin manifestaciones clínicas.

La amiba como agente causal de enfermedad, fué descrita hace 101 años por L'osch, en Leningrado.

Se puede decir que el 10% de la población mundial es portadora de quiste de amiba histolytica, sin que forzosamente tengan manifestaciones clínicas. En México se considera que el 27% de la población es portadora de quistes de amiba histolytica, y que del 10 al 12% desarrolla una forma activa de amibiasis, o sea, que padece la enfermedad, y de estos, el 80% corresponde a la forma intestinal y el 20% a la forma extraintestinal.

La enfermedad es endémica en grupos civiles y militares, con cifras particularmente altas en hospitales de enfermos mentales,

orfanatorios y cárceles. Los grupos de bajo nivel económico son presa fácil de éste padecimiento por la mala nutrición, hacinamiento y malas condiciones de higiene.

Se ha encontrado que la amibiasis es más frecuente en el sexo masculino, quizá porque el hombre come con más frecuencia fuera de su casa que la mujer, aunque no hay estudios definitivos en cuanto a factores de tipo defensivo respecto al sexo.

En el Hospital General de la S.S.A. de la Cd. de México, ocupa el 4º lugar entre las causas de mortalidad, solo superada por la tuberculosis, cáncer y cirrosis hepática. En el Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., que es otro nivel socioeconómico de población ocupa el 6º lugar como causa de muerte.

De un estudio de 13,000 pacientes parasitados con amiba histolytica que se realizó en el Hospital de Nutrición, se observó que el 7% presentó formas ulcerosas de la enfermedad, el 53% formas no ulcerosas y el 30% restante se consideraron portadores — asintomáticos.

Aunque hace algunos años la tendencia era considerar la amibiasis como "enfermedad tropical", en la actualidad se le admite como padecimiento universal, pues en lugares tropicales como Panamá, se han reportado muy pocos casos de amibiasis.

Ya se ha repetido que la amibiasis es una enfermedad consecuencia del fecalismo en que vivimos, pero no exclusivamente del

fecalismo al aire libre, sino que también bajo techo, encontrándose se le aún en los sanitarios de hospitales, de cines de categoría y reataurantes de lujo.

Entre los factores que favorecen los mecanismos de diseminación primero y de invasión después, de la amiba, tenemos: la falta de atención médica en la población rural y la atención y educación defectuosa en la población urbana. La automedicación (con -- tratamientos inadecuados) que permiten que la amiba persista y se difunda; y por último los trastornos de nutrición, nuestros hábitos de alimentación, falta de agua, manipulación de alimentos, -- etc.. Pero el vehículo más importante es la inadaptación que tenemos a los métodos sanitarios. En México, al niño desde que nace -- se le enseña a ser sucio, no se lava las manos para comer, arrastra lo que hay en el suelo y se lo lleva a la boca con la mayor -- naturalidad, lo cual ni nos llama la atención.

ETIOLOGÍA:

Se conocen cuando menos 6 especies de amibas parásitas del -- hombre:

- a) Entamoeba histolytica
- b) Entamoeba coli
- c) Entamoeba gingivalis
- d) Dientamoeba fragilis
- e) Endolimax nana
- f) Iodamoeba butschlii.

De todas ellas, la verdaderamente interesante es la Entamoeb-

ba histolytica, que es un protozoo rizado unicelular, recubierto de una membrana variable en su aspecto y en su forma, que emite pseudópodos con características especiales para desplazar a la amiba y fagocitar los alimentos que requiere el parásito.

Una característica importante es que es un parásito exclusivo del hombre; ningún otro mamífero tiene como huésped a la amiba histolytica. Tiene una afinidad especial por determinados tejidos en el organismo humano, siendo también un parásito comensal, porque en la mayoría de las ocasiones viven en el intestino sin causar lesiones.

Tiene una preferencia a habitar los dos extremos del colon, el rectosigmoide y el ciego. La forma activa de la E. histolytica es el trofozoito.

ANATOMOPATOLOGIA:

Es un hecho bien conocido que la amibiasis tiene preferencia por los dos extremos del colon, rectosigmoide y ciego.

Las características de la lesión amibiana en la pared intestinal desde el punto de vista microscópico son poco específicas. Lo que llama la atención en estas lesiones es la disparidad entre la extensión de la destrucción tisular y la reacción inflamatoria sobre todo cuando se compara con lesiones mucho más pequeñas, que involucran destrucción de una cantidad mucho menor de tejido. Lo frecuente en la amibiasis es que haya una destrucción grande, tanto de mucosa como de submucosa, con una reacción inflamatoria más

discreta y en algunas ocasiones se pueden observar verdaderas masas de amibas en la pared del intestino sin un solo leucocito en su vecindad.

Los tipos de lesiones observados en intestino son fundamentalmente tres:

a) Colitis ulcerosa amibiana, que es la forma clásica de la lesión y la más frecuente. Desde el punto de vista microscópico, la colitis ulcerosa se puede semejar a cualquier otra lesión ulcerosa intestinal; cualquier lesión ulcerosa de rectosigmoides puede ser amibiana y debe considerarse así mientras no se demuestra lo contrario.

b) Colitis fulminante o masiva. Presentan ulceraciones extensas que destruyen no solo la mucosa y submucosa, sino que se extienden a todo el espesor de la muscular y con frecuencia perforan la serosa en sitios múltiples. Por fortuna, este tipo de colitis es rara.

c) Ameboma. Es poco frecuente; se encuentra en ciego, colon ascendente o en cualquier otro segmento del intestino grueso y se caracteriza por ser una gran masa de bordes imprecisos, consistencia firme y aspecto neoplásico. Esta lesión es poco común y puede confundirse con un tumor, un adenocarcinoma o linfoma del intestino.

ENTEFOBIASIS (OXIURIASIS).

ETIOLOGIA:

Es causada por el *Enterobius vermicularis*, el cual es un nemátodo en forma de huso estrecho; los machos miden aproximadamente de 2 a 5 mm. por 0.1 a 0.2 mm. de tamaño y cada uno posee una extremidad posterior fuertemente encurvada. Las hembras oscilan entre 8 a 13 mm. por 0.3 a 0.5 mm., teniendo una cola alargada — terminada en punta.

DISTRIBUCION:

Esta parasitosis está distribuida en todo el mundo, se calcula que infesta a más de 130 millones de personas, las víctimas — más frecuentes son los niños que viven en hacinamiento.

En México, los índices más altos se han encontrado en la capital del país, lo que demuestra que la densidad de población parece ser uno de los factores fundamentales de su difusión.

CICLO VITAL:

Como en todos los animales que se reproducen sexualmente, comienza con el huevo fertilizado; los huevos no pueden estar depositados en el intestino del huésped, sino que permanecen en el — cuerpo del gusano hembra hasta que son arrastrados a través del — ano. Esta contiene unos 11 millones de huevos y la presión de estos hace que algunas veces estalle, diseminando los huevos sobre el huésped o las ropas de cama; si no estalla, rápidamente descarga sus huevos, muere y queda desecada. El hombre resulta infestado inhalando el aire contaminado, al llevarse las manos a la boca después de rascar las partes infestadas, o posiblemente mediante

alimentos o bebidas.

DIAGNOSTICO:

Los parásitos adultos vienen adheridos a la mucosa del ciego del apéndice y de los segmentos contiguos al colon e ileon. Las hembras emigran a la región perianal (y anal), donde como consecuencia de sus movimientos reptantes producen prurito, el cual es uno de los síntomas más característicos. También puede ocasionar dolor abdominal, inquietud, insomnio, irritabilidad, anemia y pérdida de peso.

Los síntomas anteriores son comunes a muchas clases de parasitosis intestinales, por lo que tienen relativo valor diagnóstico.

Son de utilidad los siguientes exámenes de laboratorio:

1. Coproparasitoscópico en serie de tres.
2. Coproparasitoscópico con tira de celofán (3).
3. Biometría hemática completa.

TRATAMIENTO:

El prívino y la piperazina son medicamentos muy eficaces pero las reinfecciones son frecuentes, por lo que es conveniente -- que se visiten los hogares muy infestados para explicar las medidas preventivas y convencer a los familiares de que practiquen -- los exámenes necesarios y reciban el tratamiento adecuado en caso de estar parasitados.

Los medicamentos referidos anteriormente se administrarán a

les siguientes dosis:

a) Pamoato de pirvinio:

Adultos: 5 mgs. por kg. de peso en una toma por vía oral, durante dos días (grageas de 50 mgs.).

Niños: 15 mgs. X kg. de peso en una toma por vía oral, durante dos días (suspensión de 10 mgs. por ml.).

b) Citrato de piperazina:

Adultos: 65 mgs. por kg. de peso al día, sin pasar de 2.5 - grs. por vía oral dividida en tres tomas durante 7 días (tabletas de 300 mgs.).

Niños:

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Lavado frecuente de ropa de noche y de cama; mantener limpia las manos y uñas; baño frecuente; mantener dormitorios tan libres de polvo como sea posible.

GIARDIASIS:

DEFINICION:

Es la presencia de *Giardia lamblia* en el intestino, con o — sin manifestaciones clínicas.

HISTORIA:

Giardia lamblia fué descubierta por Leeuwenhoek, en 1681, — aunque la primera descripción identificable le correspondió a —

Lambl (1859), quien le dió el nombre de *Giardia intestinalis*.

FRECUENCIA:

La transmisión de la *Giardia lamblia* se efectúa por la ingestión de quistes contenidos en los alimentos y bebidas contaminados. Es más frecuente en niños que en adultos y particularmente en niños pertenecientes a familias numerosas, orfanatos y asilos. Típicamente la infestación alcanza su máxima frecuencia al llegar a la pubertad y después decrece rápidamente hasta mas o menos la tercera o cuarta parte del nivel más alto alcanzado. En los climas cálidos la frecuencia es más elevada, aunque en general se observa en todos los países. Según los resultados obtenidos en zonas representativas del mundo, se presenta una frecuencia entre el 2 y el 25% o más según el grupo de edad estudiado, el medio ambiente y las condiciones climáticas e higiénicas. En nuestro país se encuentra muy difundida siendo probable que un 12% de la población se encuentre infestada.

MORFOLOGIA Y CICLO VITAL:

La *Giardia lamblia* se presenta en las fases de trofozoito y quiste. El trofozoito es piriforme, mide de 10 a 12 micras de longitud por 6 a 10 de grosor. Su extremidad inferior es redondeada y su extremidad posterior es muy afilada. En su cara ventral presenta una depresión circular que es el peristoma; en su interior posee 2 núcleos simétricos cada uno de ellos con un cariосома central, y algunas porciones intracitoplásmicas, de las cuales parten hacia el exterior 4 pares de flagelos que le permiten movi

mientos rotatorios, de balanceo y espasmódicos que le hacen avanzar. Los quistes son ovoideos, de doble contorno, de 10 a 13 micras por 7 a 9 micras de ancho, con 2 a 4 núcleos y flagelos replegados.

El habitat preferido de este flagelo se encuentra en las criptas mucosas de la porción alta del intestino delgado y del duodeno; aunque pueden representarse también en el ciego y en el intestino grueso. Propiamente viven en el moco intestinal y se alimentan por imbibición.

Los trofozoítos se dividen mediante un complicado proceso de fisión binaria longitudinal que incluye la división del núcleo, las inclusiones intracitoplásmicas y posteriormente la separación del citoplasma, de tal manera que se forman 2 trofozoítos "hijos" siendo frecuente encontrarlos en las materias fecales diarreicas. El enquistamiento del parásito se produce cuando las materias fecales comienzan a deshidratarse gradualmente en su tránsito hacia el colon.

NIVELES DE APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
LA HISTORIA NATURAL DE LA AMIBIASIS

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
<p>A) <u>PROMOCIÓN DE LA SALUD:</u> 1.- Educación higiénica. 2.- Saneamiento ambiental. a) Agua potable. b) Drenaje. c) Eliminación adecuada de la basura.</p> <p>B) <u>PROTECCIÓN ESPECÍFICA:</u> 1.- Lavado de verduras y alimentos crudos. 2.- Lavado de manos antes de preparar alimentos y después de evacuar el intestino. 3.- Eliminación de moscas, cucarachas, etc.</p>	<p>A) <u>DIAGNÓSTICO OPORTUNO:</u> 1.- Identificación de los signos y síntomas. 2.- Amiba en fresco. 3.- Copreparasitoscópico en serie.</p> <p>B) <u>TRATAMIENTO ADECUADO:</u> 1.- Emetina. 2.- Dehidroemetina. 3.- Cloroquina. 4.- Metronidazol. 5.- Cirugía: a) Punción evacuadora. b) Canalización abierta.</p> <p>C) <u>LIMITACIÓN DEL DAÑO:</u> 1.- Rectoscopia. 2.- Centelleograma. 3.- Rayos X.</p>	<p>REHABILITACION: 1.- En la mayoría de los casos, las complicaciones requieren de medidas correspondientes al tercer nivel de prevención por las secuelas que suelen dejar.</p>

HISTORIA NATURAL DE LA AMIBIASIS

PERIODO PREPATOGENICO

AGENTE: Entamoeba histolítica.

- a) Gran actividad biológica (producción de enzimas)
- b) Forma quistes infectantes.
- c) División celular.
- d) Mayor o menor virulencia de la cepa.

HUESPED: El Hombre.

- a) Edad: Mas frecuente el absceso hepático entre los 30 y 50 años.
- b) Sexo: La amibiasis hepática ataca principalmente al hombre en proporción de 4 a 1.
- c) Resistencia a la infección.
- d) Nivel socioeconómico bajo.

MEDIO AMBIENTE:

- a) Condiciones sanitarias deficientes:
 - 1.- Abastecimiento nulo o insuficiente de agua.
 - 2.- Fecalismo al aire libre.
 - 3.- Habitación inadecuada.
- b) ...

PERIODO

Colitis Amibiana Fulminante:

- a) Evolución sobreaguda.
- b) Si hay lesiones ulceronecroticas en colon.

Cuadro Clínico:

Diarrea sanguinolenta profusa, fiebre o baja temperatura, mal estado general y signos de peritonitis.

Dolor Abdominal tipo cólico, con deseo de evacuar; la evacuación puede ser escasa, con moco, sangre y tenesmo rectal; poco ataque al estado general.

ESTIMULO DESENCADENANTE

PREPATOGENICO

Amibiasis Extraintestinal

Absceso Hepático:- dolor espontáneo acentuado en área hepática; fiebre alta y hepatomegalia.
Laboratorio:- Leucocitosis con neutrofilia.
Reacciones serológicas(+).
Rx.- Levantamiento del diafragma (mas frecuente del lado derecho).

COMPLICACIONES:

- a) Derrame pleural pericárdico.
- b) Absceso abierto a bronquios, pleura o pericardio.
- c) Perforación del absceso a viscera hueca o a cavidad peritoneal.

MUERTE

HORIZONTE CLINICO

CURACION ESPONTANEA

PORTADOR ASINTOMATICO

HISTORIA NATURAL DE LA OXIURIASIS

PERIODO PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO

AGENTE: Enterobius
Vermicularis.
a) Reproducción sexual.
b) Habita colon, ileon
y segmentos contiguos.

HUESPED: El hombre.
a) Edad.- En todas las
edades, mas frecuen-
te en escolares.
b) Sexo.- No hay dis-
tinción de sexos.
c) Nivel socioeconómi-
co y cultural bajo.
d) Hacinamiento.

MEDIO AMBIENTE:
a) Condiciones sanita-
rias deficientes:
1.- Abastecimiento
insuficiente o nulo
de agua.
2.- Fecalismo al aire
libre.
3.- Habitación inadecua-
da.
4.- Explosión demo-
gráfica.

Cuadro Clínico:
Dolor abdominal, diarrea,
evacuaciones con sangre,
prurito anal, anorexia, -
pérdida de peso, irritabi-
lidad, insomnio, expulsión
de oxiuros.

Complicaciones:
- Fisuras anales.
- Infección secun-
daria de piel.
- Prolapso rectal
- Vulvovaginitis.

Otras com-
plicaciones:
- Salpingitis
- Apéndice
- Perforación
Intestinal.

MOERTE

ESTIMULO DESENCADENANTE

HORIZONTE

CLINICO

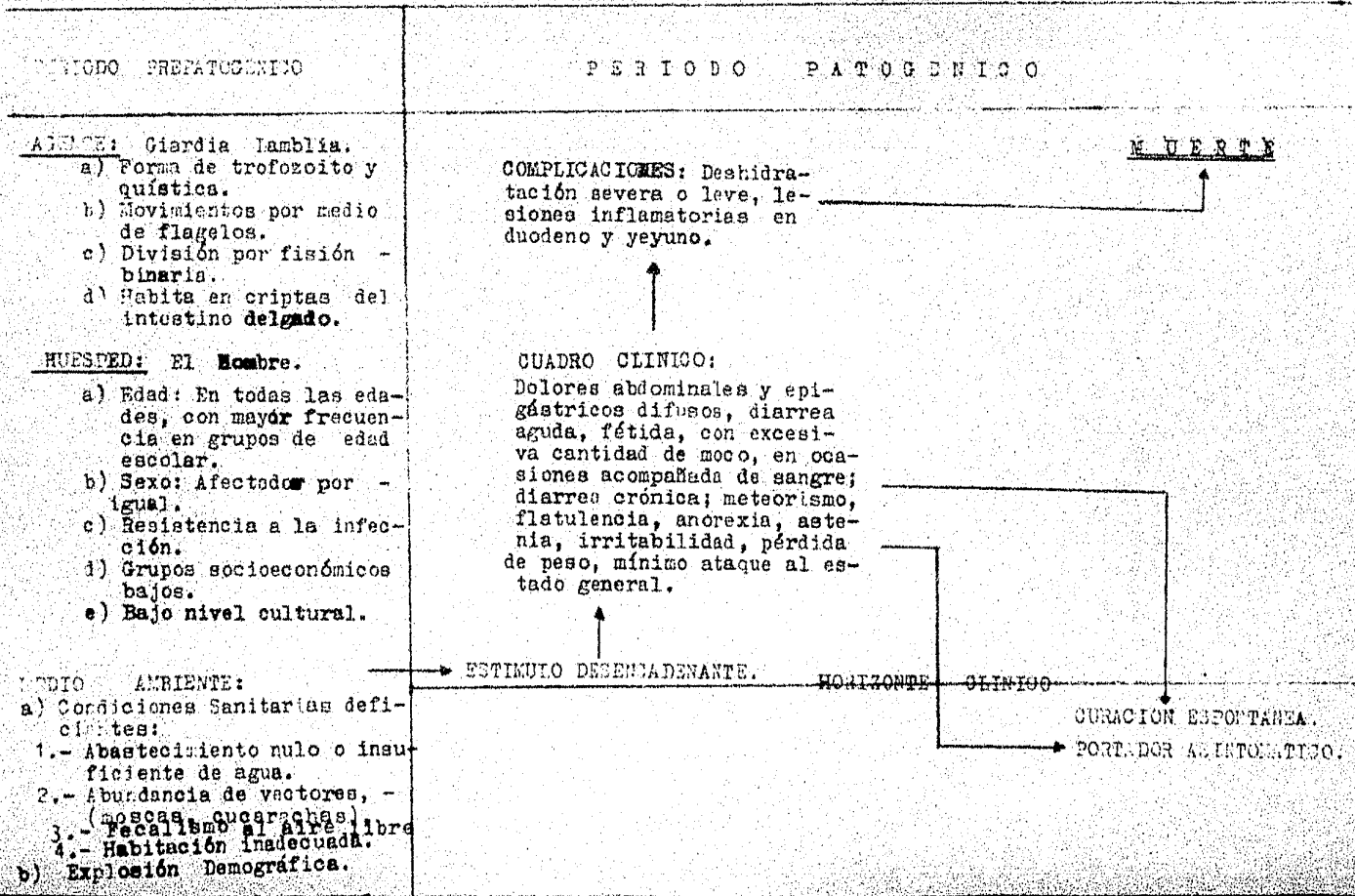
→ CURACION ESPONTANEA

→ PORTADOR ASINTOMATICO

N I V E L E S DE APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
LA HISTORIA NATURAL DE LA DIXURIASIS.

PREVENCIÓN PRIMARIA.	PREVENCIÓN SECUNDARIA.	PREVENCIÓN Terciaria.
<p>A) <u>PROMOCION DE LA SALUD:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Educación higiénica. 2.- Saneamiento ambiental. <ol style="list-style-type: none"> a) Agua potable. b) Drenaje. c) Eliminación adecuada de la basura. <p>B) <u>PROTECCION ESPECIFICA:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Preparación y conservación adecuada de alimentos y bebidas. 2.- Lavado de manos y uñas después de evacuar intestino y antes de ingerir alimentos. 3.- Eliminación de moscos, cucarachas, etc. 4.- Lavado frecuente de la ropa de noche y casa. 5.- Baños frecuentes. 6.- Mantener dormitorios libres de polvo. 7.- Evitar el uso de la región anal. 	<p>A) <u>DIAGNOSTICO OPORTUNO.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Identificación de signos y síntomas. 2.- Coproparasitoscópico en serie. 3.- Coproparasitoscópico con tira de celofán. <p>B) <u>TRATAMIENTO ADECUADO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Pamoato de pirvinio. 2.- Sales de Piperazina. <p>C) <u>LIMPIAR LA INCARCERACION:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Coproparasitoscópico con tira de celofán negativo 15 días después de iniciado el tratamiento (en serie de 3). 	<p>A) <u>REHABILITACION:</u></p>

HISTORIA NATURAL DE LA GIARDIASIS.



NIVELES DE APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
LA HISTORIA NATURAL DE LA GIARDIASIS.

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria
<p>A) <u>PROMOCION DE LA SALUD:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Educación higiénica. 2.- Saneamiento ambiental. <ol style="list-style-type: none"> a) Agua potable. b) Drenaje. c) Eliminación adecuada de basura, excretas, etc. <p>B) <u>PROTECCION ESPECIFICA:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Lavado de verduras y alimentos crudos. 2.- Lavado de manos antes de preparar alimentos, antes de comer y después de evacuar intestinal. 3.- Erradicación de moscas, cucarachas, etc. 	<p>A) <u>DIAGNOSTICO OPORTUNO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Identificación de signos y síntomas. 2.- Coproparasitoscópico en serie. 3.- Drenaje duodenal. <p>B) <u>TRATAMIENTO ADECUADO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Metronidazol: 20 mgs. X Kg. X dia. 2.- Furazolidona: 8 mgs. X Kg. X dia, oral, durante 7 días. 3.- Difosfato de cloroquina: 0.01 mg/Kg./dia en 2 tomas durante 10 días <p>C) <u>LIMITACION DEL DAÑO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Coproparasitoscópico en serie: negativos 7 días después del tratamiento. 	<p>A) <u>REHABILITACION:</u></p>

CUADRO N^o 1
PARASITOSIS MAS FRECUENTES.

PARASITCSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
AMIBIASIS	66	24.5
GIARDIASIS	63	23.3
OXTURIASIS	88	32.6
HIMENOLEPIASIS	29	10.8
ASCARIDIASIS	18	6.6
TRICOCEFALOSIS	6	2.2
T O T A L	270	100.0

FUENTE: Archivo clínico de la CHT1-1 del IMSS, en Cd. Obregón, Son.

En el cuadro anterior, observamos que, por orden progresivo, la oxiuriasis, amibiasis y giardiasis, ocupan por si solas mas del 80% del total de las parasitosis estudiadas, lo que nos indica que es hacia estos tres padecimientos hacia donde debemos enfocar principalmente nuestras medidas higiénicas y preventivas.

CUADRO N^o 2

PARASITOSIS VERIFICADAS POR
EXAMEN COPROPARASITOSCOPICO.

PARASITOSIS	EXAMENES COPROPARA SITOSCOPI COS.	%
AMIBIASIS	33	23.4
GIARDIASIS	47	33.4
OXIURIASIS	23	16.3
HIMENOLEPIASIS	24	17.0
ASCARIDIASIS	8	5.7
TRICOCEFALOSIS	6	4.2
T O T A L	141	100.0

FUENTE: Archivo clínico de la CHT1-1 del
IMSS, en Cd. Obregón, Son.

En la tabla anterior observamos que los hallazgos encontrados no concuerdan con los de la tabla de las parasitosis detectadas clínicamente, pues aquí aparece en primer lugar la giardiasis, con mas exámenes copro parasitoscópicos verificados, seguida de la amibiasis y de la oxiuriasis. Esto nos demuestra la importancia de confirmar nuestra sospecha clínica con el examen coproparasitoscópico seriado.

CUADRO N^o 3

FAMILIAS SEGUN N^o DE MIEMBROS
Y SU PORCENTAJE

NUMERO DE FAMILIAS	NUMERO DE MIEMBROS	%
3	3	10.0
2	4	6.6
5	5	16.6
5	6	16.7
3	7	10.1
4	8	13.3
2	9	6.7
6	10 y más	20.0
TOTAL: 30	208	100.0

FUENTE: Encuesta personal.

En el cuadro anterior observamos que las familias de 6,7,8,9 y más miembros, ocupan un 66.8% del total, en contraste con el bajo porcentaje de familias pequeñas, lo que nos hace pensar que el consecuente hacinamiento en este predominante grupo de familias numerosas es determinante para que se desarrollen las parasitosis.

CUADRO N^o 4
INGRESO GLOBAL FAMILIAR.

MONTO EN \$	NUMERO DE FAMILIAS.	%
1000 a 2499	7	23.34
2500 a 3999	18	60.00
4000 y más	5	16.66
T O T A L	30	100.00

FUENTE: Encuesta personal.

En el presente cuadro se observa que el mayor número de familias percibe un ingreso entre 2500 a 3999 pesos, correspondientes a un 60.00% del total, o sea, 18 familias, lo cual viene a demostrar que en términos generales, el ingreso global familiar es bajo, y por lo tanto con el mismo no es posible adquirir los elementos indispensables para una buena higiene, educación y alimentación.

CUADRO N^o 5
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA.

CARACTERISTICAS	NUMERO DE FAMILIAS.	%
CASA PROPIA	17	56.66
CASA RENTADA	13	43.34
T O T A L	30	100.00

FUENTE: Encuesta personal.

En el cuadro anterior observamos que el mayor número de familias posee casa propia, correspondiendo a un porcentaje del 56.66%, o sea, 17 familias. El resto vive en casa de renta, y aunque la diferencia no es muy amplia, si es significativa en cuanto a que demuestra la preocupación de sus habitantes por mantener un hogar libre de presiones económicas y en buenas condiciones higiénicas.

CUADRO Nº 6.

DISPONIBILIDAD DE AGUA.

CLASIFICACION	NUMERO DE VIVIENDAS	PORCENTAJE. %
INTRADOMICILIARIA	23	69
EXTRADOMICILIARIA	7	21
T O T A L	30	100

FUENTE: Encuesta personal.

El cuadro ilustra claramente que el mayor porcentaje de viviendas con agua en forma intradomiciliaria, es mayor que aquellas que se abastecen de manera extradomiciliaria. Esto nos indica la falta de educación higiénica y el bajo nivel cultural en que se encuentran los grupos familiares correspondientes al porcentaje más alto.

CUADRO No 7.

DISPONIBILIDAD DE EXCRETAS.

TIPO DE SANITARIO	NUMERO DE VIVIENDAS	PORCENTAJE %
LETRINA	1	3.34
W.C. INGLES	23	76.66
FOSA SEPTICA	6	20.00
T O T A L	30	100.00

FUENTE: Encuesta Personal.

El mayor porcentaje de las viviendas cuentan con un mecanismo a base de arrastre por medio de agua (WC inglés) para el alejamiento de las excretas; un porcentaje menor, pero importante, tiene fosa séptica y letrina, es decir, - todas cuentan con medios mas o menos eficaces para disponer de las excretas en forma higiénica, lo que haría pensar que ~~la~~ contaminación a partir de las heces fecales directamente, en este caso tendría poco valor, pero esto puede resultar falso, debido a una deficiente utilización de estos medios o bien a hábitos antihigiénicos de sus habitantes (lo cual no fue posible probar en este estudio).

CUADRO N^o 8.

DISPONIBILIDAD DE DRENAJE.

DRENAJE	NUMERO DE VIVIENDAS	%
SI	25	83.34
NO	5	16.66
T O T A L	30	100.00

FUENTE: Encuesta personal.

Observamos que un gran porcentaje de las viviendas cuenta con drenaje (83.34%) y unicamente el 16.66% no tiene este servicio.

El hecho de contar con drenaje representa la ventaja de poder alejar las excretas - del lugar de la residencia, lo que implica una disminuci3n en la frecuencia de algunas parasitosis, en este caso un porcentaje elevado disfrutan de este servicio, pero a la vez otro porcentaje no lo utiliza, lo que facilita que las excretas se acumulen en lugares cercanos a las viviendas, dando como resultado mltiples parasitosis entre otras enfermedades.

CUADRO N^o 9

FAUNA TRANSMISORA

FAUNA	NUMERO DE VIVIENDAS	%
MOSCAS	30	100
MOSQUITOS	4	13.3
CUCHARACHAS	12	40.0
RATAS	4	13.3
OTROS	3	10.0

FUENTE: Encuesta personal.

El presente cuadro nos muestra que en todas las viviendas encuestadas existe la presencia de moscas; enseguida tenemos en orden de frecuencia a las cucarachas con un 40.0%, siguiéndole con porcentajes mas pequeños, otro tipo de animales; lo cual nos indica que en todas las viviendas existe por lo menos un agente transmisor, por lo que debe tomarse muy en cuenta el papel de esta fauna transmisora en la diseminación de las parasitosis.

RESUMEN

Se elaboró un trabajo de investigación, tomando como universo de trabajo a 270 casos de parasitosis intestinal; de esto se dedujo una muestra al azar de 30 niños a cuyos padres se practicó estudio longitudinal del núcleo familiar, en base a la hipótesis de que la frecuencia de parasitosis intestinal es mayor en los grupos de individuos con un bajo nivel cultural, económico y social. Lo anterior fué corroborado por medio de los resultados obtenidos, demostrándose así que factores tales como: ingreso familiar, vivienda, agua intra o extradomiciliaria, drenaje, etc., contribuyen a que se presente una mayor incidencia de dichos padecimientos.

C O N C L U S I O N E S

1. Las parasitosis intestinales son un problema de salud muy importante en nuestro medio.
2. Las parasitosis que se presentaron con más frecuencia fueron:
Oxiuriasis, amibiasis y giardiasis.
3. Las causas determinantes incluyen varios factores: sociales, económicos, culturales, etc.
4. El estudio longitudinal del núcleo familiar nos ayuda a conocer mejor a la población y sus problemas.
5. El conocimiento de la historia natural de la enfermedad es necesario para diagnosticar y controlar las mismas.

REFERENCIAS.

- 1.- VALENZUELA-ROGELIO; LUENGAS-JAVIER; MARQUET-LUIS. Parasitosis Intestinales, Manual de pediatría, - 8a Ed. Cap. 27, pags. 328-336.
- 2.- BOCKUS-HENRY; Protozoos Intestinales, Gastroenterología, 2a Ed., Tomo III, Cap. 87, pags. 5-6 y 13-16.
- 3.- PRAXIS MEDICA; Enfermedades infecciosas y parasitarias, Tomo VI; pags. 6.570-1, 6.570-2.
- 4.- BIAGI-FRANCISCO; Los factores ambientales y la epidemiología de las enfermedades parasitarias tropicales; Gaceta Médica de México; Vol. 108, N^o 6; pags. 405-410, Dic. 1974.
- 5.- FAUST-ERNEST; RUSSELL-PAUL; JUNG- RODNEY CLIFTON. Parasitología clínica. Editorial Salvat, 8a. Edición; Cap. 12; pags. 135-165.
- 6.- MARTINEZ-MANUEL. Manual de parasitología Médica; Ed. La Prensa Médica Mexicana; 2da. Edición; Cap. 4; -- pags. 72-77.
- 7.- NOBLE-ELMER; NOBLE-GLENN. Parasitología; Ed. del -- Centro regional de ayuda técnica; 2da. edición; cap. 4; pags. 107-122.
- 8.- FLOCK-MARTIN. Diagnóstico de las enfermedades que -- producen mala absorción; Clínica de Medicina Familiar; Editorial Interamericana; pags. 392. Sept. 1975.
- 9.- CONN-HOWARD. Enfermedades de ano, recto y colon; Medicina Familiar (teoría y práctica. Editorial Interamericana; capítulo 33, 1a. Edición; pags. 531-532, 1974.
- 10.- BIAGI-FRANCISCO. Helminthiasis intestinales; Gaceta Médica de México; vol. 107; N^o 6; junio, 1971.
- 11.- Historia Natural de la Amibiasis; Revista de la facultad de Medicina; vol. 18; n^o 1 (artículo reimpresso), pags. 1-24.