

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE LA ENTERITIS AMIBIANA EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
LOS MENORES DE 5 AÑOS ADSCRITOS A LA U.M.F No. 16 DE LA CIUDAD DE QUERETARO,
QRO.**

TESIS

Que para obtener el Diploma de Posgrado en la

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

MÉDICO GENERAL MARÍA GUADALUPE SUÁREZ DÍAZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, JUNIO DEL 2001



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad En Medicina Familiar

**PREVALENCIA DE LA ENTERITIS AMIBIANA EN LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS ADSCRITOS A LA
U.M.F No. 16 DE LA CIUDAD DE QUERETARO, QRO.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Posgrado en

Medicina Familiar

Presenta :

Médico General María Guadalupe Suárez Díaz

Dirigido por:

Médico Especialista Martha Leticia Martínez Martínez

SINODALES

Médico Especialista Martha Leticia Martínez Martínez

Presidente

Firma

Médico Especialista María del Rosario Ruelas Candelas

Secretario

Firma

Médico Especialista María Antonieta Herrera Falcón

Vocal

Firma

Médico Especialista Nicolás Camacho Calderón

Suplente

Firma

Médico Especialista Hugo Sánchez Arguello

Suplente

Firma

Médico Especialista Jesús Vega Malagón

Dr. Sergio Quezada Aldana

Nombre y firma de Director de la Facultad
De Medicina de la UAQ.

Nombre y firma del Director
De Investigación de Posgrado UAQ

RESUMEN

PREVALENCIA DE LA ENTERITIS AMIBIANA EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 16

INTRODUCCIÓN: La enteritis amibiana (EA) es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo Entamoeba histolytica. Es un problema de salud pública, el estado portador asintomático constituye la forma más frecuente, existiendo el riesgo de que en cualquier momento se torne agudo e incluso pueda producir complicaciones, de aquí la importancia de otorgar un diagnóstico seguro en la fase aguda.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda (EDA) en los menores de 5 años adscritos a la UMF 16.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una Unidad de Medicina Familiar del estado de Querétaro en el periodo de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001 de 60 menores de 5 años que acudieron a la consulta externa por EDA seleccionados por muestreo no probabilístico por cuota. Se registró edad, sexo, búsqueda de amiba en fresco (BAF), consistencia de las evacuaciones, evacuaciones con moco, con sangre, vómito, fiebre, dolor abdominal, pujo y tenesmo, fármacos utilizados en el tratamiento así como la prescripción de hidratación oral.

RESULTADOS: La media de edad fue de 30.85 con una desviación estándar de 16.35. La prevalencia de EA se encontró del 10%, con 6 casos positivos a BAF. Otras parasitosis diagnosticadas por BAF fueron: E. nana 6.6% y Ascaris L. 8.3%. El síntoma predominante de EA fue el dolor abdominal en 100%, seguido de pujo en 83.3%, fiebre y vómito en 66.7% y tenesmo en 50%. El fármaco más utilizado fue Metronidazol, seguido de Trimetoprim con Sulfametoxazol y Ampicilina. Se encontró registro en el expediente clínico de hidratación oral en el 56.7%.

CONCLUSION: Los hallazgos apoyan la utilidad clínica para el diagnóstico de EA, la realización de BAF en la fase aguda y su utilidad para el diagnóstico de otras parasitosis.

PROPUESTA: El médico familiar debe enfocar su atención en EDA y realizar actividades médico preventivas para diagnosticar tempranamente EA y así mismo disminuir sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, ENTERITIS AMIBIANA, BUSQUEDA DE AMIBA EN FRESCO.

SUMMARY

PREVALENCIA OF THE ENTERITIS AMIBIANA IN THE ILLNESS SHARP DIARREICA IN THE smallest DE 5 ATTRIBUTED YEARS TO THE UMF 16

INTRODUCTION: The enteritis amibiana (EA) it is a parasitic illness caused by the protozoan *Entamoeba histolytica*. It is a problem of public health, the state payee asintomático it constitutes the most frequent form, existing the risk that in any moment you sharp torne and it can even produce complications, of here the importance of granting a sure diagnosis in the sharp phase.

OBJECTIVE: to Determine the prevalencia of enteritis amibiana in the illness sharp diarreica (EDA) in those smaller than 5 years attributed to the UMF 16.

MATERIAL AND METHODS: he/she was carried out a traverse descriptive study in a Unit of Family Medicine of the state of Querétaro in the period of November from the 2000 to May of the 2001 of 60 smaller than 5 years that you/they went to the external consultation for EDA selected by sampling non probabilístico by quota. He/she registered age, sex, ameba search in fresh (BAF), consistency of the evacuations, evacuations with snot, with blood, vomit, fever, abdominal pain, I bid and tenesmo, fármacos used in the treatment as well as the prescription of oral hydrate.

RESULTS: The age stocking was of 30.85 with a standard deviation of 16.35. The prevalencia of EA was of 10%, with 6 positive cases to BAF. Other parasitosis diagnosed by BAF was: *E. grandma* 6.6% and *Ascaris L.* 8.3%. The predominant symptom of EA was the abdominal pain in 100%, followed by I bid in 83.3%, fever and vomit in 66.7% and tenesmo in 50%. The used fármaco was Metronidazol, followed by Trimetoprim with Sulfametoxazol and Ampicilina. He/she was registration in the clinical file of oral hydrate in 56.7%.

CONCLUSION: The discoveries support the clinical utility for the diagnosis of EA, the realization of BAF in the sharp phase and their utility for the diagnosis of other parasitosis.

PROPOSAL: The family doctor should focus his attention in EDA and to carry out preventive activities doctor to diagnose tempranamente EA and likewise to diminish his complications

WORDS KEY: ILLNESS SHARP DIARREICA, ENTERITIS AMIBIANA, SEARCH OF AMEBA IN FRESH.

DEDICATORIA

A mis padres por haberme puesto en este camino, brindando siempre su apoyo sin exigir nada a cambio.

A María Yolanda Díaz Rangel y J. Luis Suárez Zepeda

A Dios por permitirme vivir en este mundo, en este momento, tratando de responder no solo como profesionista si no como ser humano.

A mis hermanos por el apoyo incondicional, económico y moral, a todos aquellos que de alguna manera han intervenido en la formación de mi persona, de mi profesión y de mi espíritu.

A mi esposo Octavio Ponce Calderón y a mi hija Jenifer N Ponce por formar parte de este proyecto y ser lo mejor y más hermoso que me ha pasado en la vida.

A las instituciones que han participado en mi formación como profesionista, en especial a la Clínica No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social así como a todos y cada uno de mis pacientes que han confiado en mis conocimientos, esperando un aliento, una esperanza y una solución pronta para su dolor, a pesar de mi poca experiencia.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a toda mi familia por representar lo mejor que Dios me ha dado, a pesar de todos los problemas que hemos vivido, por todas las experiencias que unidos hemos tenido la oportunidad de iniciar y finalizar hasta ahora, por ir mano con mano y hombro con hombro hasta el final de esta meta.

A todos los médicos que han sido mis tutores en la Residencia de Medicina Familiar, tanto de la clínica No. 16 como los del H.G.R. No. 1 de la Ciudad de Querétaro, que han sido para mí maestros y amigos, a ellos con todo mi respeto.

Mi respeto y admiración para los doctores Jesús Contreras Soto, Martha Leticia Martínez Martínez, María Antonieta Herrera Falcón, por haber creído en mí, por apoyarme cuando más lo necesitaba para hacer realidad este proyecto.

A los médicos residentes de Medicina Familiar, en especial a los residentes de tercer año, por haberme brindado incondicionalmente su amistad, al estar reunidos expresando nuestros sentimientos, inconformidades y experiencias, ya que nos enriquecimos y nos fortalecimos para poder sobrellevar este reto que compartimos.

Gracias a todos!

CONTENIDO

	PAGINAS
RESUMEN.....	I
SUMARY.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
CONTENIDO.....	V
INDICE DE CUADROS.....	VII
INDICE DE GRAFICAS.....	VIII
I. INTRODUCCION.....	11
I.1 JUSTIFICACION.....	13
I.2 OBJETIVO GENERAL.....	14
I.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
I.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
II. REVISION DE LA LITERATURA.....	15
II.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	15
II.2 EPIDEMIOLOGIA.....	16
II.3 ETIOLOGIA.....	17
II.4 PATOGENIA.....	20
II.5 CUADRO CLINICO.....	21
II.6 DIAGNOSTICO.....	22

CONTENIDO

	PAGINAS
II.7 COMPLICACIONES.....	25
II.8 TRATAMIENTO.....	25
II.9 AVANCES RECIENTES.....	26
III. METODOLOGIA.....	28
III.1 DISEÑO.....	28
III.2 ASPECTOS ETICOS.....	31
III.3 METODO ESTADISTICO.....	31
IV. RESULTADOS.....	32
V. DISCUSION.....	42
VI. CONCLUSIONES.....	44
VI.1 PROPUESTAS.....	45
LITERATURA CITADA.....	46
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	49
APENDICE.....	50
ANEXOS.....	51

INDICE DE CUADROS

CUADRO No.		PAGINA
4.1	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	34
4.2	REPORTE DE BAF POR SEXO EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA.....	36
4.3	CUADRO CLINICO EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA POR BAF.....	38
4.4	FARMACOS UTILIZADOS EN MENORES DE 5 AÑOS CON EA Y EDA.....	40
4.5	REGISTRO DE PRESCRIPCION DE HIDRATACION . ORAL EN EXPEDIENTE CLINICO EN LOS MENORES DE 5 AÑOS CON EA Y EDA.....	41

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No.		PAGINA
4.1	ETIOLOGIAS REPORTADAS POR BAF EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA.....	35
4.2	CUADRO CLINICO DE LOS CASOS POSITIVOS A BAF EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA.....	37
4.3	FARMACOS UTILIZADOS EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA.....	39

I. INTRODUCCION

La enteritis amibiana (EA), es una enfermedad parasitaria de distribución cosmopolita causada por el protozooario *Entamoeba histolytica* y constituye un problema de salud pública en los países en desarrollo como México, donde existen condiciones higiénicas y sanitarias deficientes que determinan la alta frecuencia de amibiasis. (Escandón et al, 1996)

En México, la amibiasis es un motivo de consulta frecuente. Se ha estimado que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se atienden mas de medio millón de casos de amibiasis intestinal cada año, por lo que a nivel nacional había de esperarse mas de un millón de pacientes con manifestaciones clínicas de infección intestinal por amiba. (Barreda et al, 1999)

Se ha documentado que en la población amparada por el IMSS, esta enfermedad ha mostrado una tendencia descendente en los últimos años, lo cual podría explicarse por la mejoría y las condiciones sanitarias e higiénicas que ha experimentado el país. (Escandón et al, 1996a)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es actualmente, en México, una de las causas mas importantes de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años, siendo la complicación principal la deshidratación.

La prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en México se ha reportado actualmente del 16%. (Treviño, 1989)

La información sobre la prevalencia de la enteritis amibiana en México ha sido parcial e incompleta.

Se han realizado estudios transversales para conocer la prevalencia de esta entidad, la cual varia en las diferentes regiones geográficas donde se ha estudiado, y se relaciona con el procedimiento diagnóstico empleado. (Padilla-Raygoza et al, 1998)

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMSS) se estudiaron 103 niños de ambos sexos, de 54 días a 16 años de edad, con enfermedad diarreica aguda (EDA) con moco y sangre y diarrea de evolución prolongada. Encontrándose Enteritis Amibiana en el 19.4% del total de los casos.

En los pacientes con enfermedad diarreica aguda con moco y sangre, la frecuencia de amibiasis fue del 25% y en los casos de niños con diarrea prolongada se observo el padecimiento en el 7.77%. (Cruz et al, 1998)

El estado portador asintomático constituye la forma mas frecuente de infección por *Entamoeba histolytica*, existiendo el riesgo de que en cualquier momento se torne aguda, e incluso pueda producir complicaciones. De aquí la importancia de otorgar un diagnóstico seguro en la fase aguda.

Conociéndose actualmente la prevalencia de esta entidad patológica del 8%. (Doganci et al, 1997)

I.1 JUSTIFICACION

En amibiasis el estado del portador asintomático constituye la forma más frecuente de infección por *Entamoeba histolytica*, existiendo el riesgo de que en cualquier momento se torne aguda e incluso pueda producir complicaciones como un absceso hepático amibiano. De aquí la importancia de otorgar un diagnóstico seguro en la fase aguda, ya que se han reportado en estudios realizados en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMSS), estudiándose a 103 niños de ambos sexos, de 54 días a 16 años de edad, con síndrome disentérico, diarrea con moco y sangre y diarrea de evolución prolongada. Se encontró enteritis amibiana en el 19.4% del total de los casos. En los pacientes con síndrome disentérico y con moco y sangre, la frecuencia de amibiasis fue del 25 al 26% respectivamente y en los casos de niños con diarrea prolongada sin sangre se observó el padecimiento en el 7.77%. Reportándose actualmente que la prevalencia de la amibiasis intestinal o enteritis amibiana en México es del 8% (Cruz et al, 1998a; Doganci et al, 1997a).

Se ha observado de manera exagerada el diagnóstico de enteritis amibiana y no existe actualmente reporte de la prevalencia de amibiasis intestinal a nivel institucional en las unidades de Medicina Familiar, por lo que en el presente estudio se tratará de determinar la prevalencia de enteritis amibiana en los menores de 5 años, considerando posteriormente la realización de investigaciones multidisciplinarias con enfoques preventivos más que curativos.

I.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 16, en el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001.

I.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

I.3.1 Determinar la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años que acudan a la consulta externa de la UMF 16 en el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001.

I.3.2 Determinar la prevalencia de otras etiologías diagnosticadas por el estudio de búsqueda de amiba en fresco (BAF), en los menores de 5 años que acudan a la consulta externa de la UMF 16 en el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001.

I.3.3 Identificar el cuadro clínico de los casos positivos y negativos de amiba en fresco en los menores de 5 años que acudan a la consulta externa de la UMF 16 en el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001.

I.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años adscritos a la UMF 16 de la ciudad de Querétaro?

REVISION DE LA LITERATURA

II.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

La Amibiasis es una enfermedad parasitaria de distribución cosmopolita causada por el protozooario *Entamoeba histolytica* (Carrada, 1989; Loya et al, 1993; Tay-Lara, 1991) la cual en el año de 1875 el médico ruso Friedrich Losch publicó en alemán su artículo intitulado “Massenhafte Entwic Kelum Von Amoben in Dickkarm” (Desarrollo masivo de amibas en el intestino grueso), habiendo descrito el caso de un campesino de 24 años de edad de Arcangel quien “dormía en una barraca no acabada de construir”.. a mediados de Agosto de 1873 presento diarrea, acompañada de fiebre, debilidad general y tenesmo rápidamente progresivo; la materia fecal era líquida, de muy mal olor, color rojizo y se mezclaba con abundantes grumos purulentos y mucóides de color blanco amarillento. Observando al examen microscópico muchas formas celulares a veces aisladas y otras veces incluidas en moco que por sus movimientos peculiares fueron identificadas como parásitos animales y específicamente como amibas. Más tarde inoculo 4 perros con material raspado de las úlceras, administrándolos por vía oral y en forma de enemas y en uno de estos animales demostró ulceración extensa del intestino grueso, conteniendo los mismos parásitos que había visto en las heces y úlceras del caso clínico. (Carrada, 1989a; Tay-Lara, 1991a).

Al Doctor Losch se le ha considerado con justicia como el descubridor del parásito al que le llamó *Amoeba coli*. En 1903, la amiba fue redescrita por F. Shaudin como *E. histolytica* dentro del grupo de los protozoarios Rizopodos (Carrada, 1989b, Tay-Lara, 1991b).

En México desde 1899 el Doctor J. Meza Gutiérrez describió minuciosamente la frecuencia y distribución del parásito en lesiones hepáticas. En 1970 los Doctores H. Brandt y R. Perez-Tamayo publicaron su monografía clásica sobre amibiasis. (Carrada, 1989c).

II.2 EPIDEMIOLOGIA

La infección por *E. histolytica* es endémica en México. La frecuencia con que se han encontrado los quistes del parásito en las heces, ha variado desde 0 hasta 55.5% pero en los estudios de niños con diarrea o disentería se encontraron trofozoítos con variación entre 0.8 a 14% y en una encuesta seroepidemiológica nacional en el año de 1974 se demostró una prevalencia de la infección del 5.95%, con una frecuencia mayor entre los escolares por la incidencia mas alta de la amibiasis intestinal en los niños (Carrada, 1989d).

En la consulta de medicina familiar del IMSS de 1984, la amibiasis representó el décimo motivo de la demanda con 437,216 consultas, habiendo sido de primera vez 306,288 (70.52%) y subsecuentes 130,928 (29.95%), tasa de 2,344.35 por 100,000 derechohabientes, el 1.35% de todas las consultas otorgadas habiendo correspondido a los menores de 14 años 182,488 (41.7%); de 15 a 44 años hubo 197,252 (45.1%); de 45 a 64 años se registraron 46,600 (10.66%), es decir, la proporción mayor de los casos diagnosticados y atendidos en el primer nivel correspondió a los niños y a los sujetos en edad productiva. (Ambrosius y Peña, 1986; Carrada, 1989e).

En el Hospital de Pediatría del Centro Medico Nacional (IMSS), se estudiaron 103 niños de ambos sexos, de 54 días a 16 años de edad, con síndrome disentérico, diarrea con moco y sangre y diarrea de evolución prolongada. Se encontró enteritis amibiana en el 19.4% del total de los casos. En los pacientes con síndrome disentérico y con moco y sangre, la frecuencia de amibiasis fue del 25 al 26% respectivamente y en los casos de niños con diarrea prolongada sin sangre se observo el padecimiento en el 7.77% (Cruz et al, 1998b; Doganci et al, 1997b).

En estudios extensos con series de 245 a 11,523 niños han revelado que 0.8 a 4.5% de los casos de diarrea aguda o disentería en niños mexicanos fueron por *E. Histolytica* (1957-1992).

La prevalencia de la amibiasis en México varía dependiendo de su forma clínica (portadores asintomáticos 75%, diarrea aguda 14%, amibiasis invasora 6% y absceso hepático 0.7%). Actualmente la prevalencia de amibiasis intestinal aguda es de 8% (Cruz et al, 1998c; Doganci et al, 1997c).

II.3 ETIOLOGIA

La amibiasis es producida por la *E. histolytica*, el cual es un protozoo de la clase Rhizopodo y del genero *Entamoeba*. Vive en el hombre infectado generalmente como comensal en la luz del intestino como otros tipos de amiba. Se conocen 3 formas: (Ambrosius y Peña, 1986a; Tay-Lara, 1991c)

1) La forma minuta, mide de 10 a 20 micras, es móvil, aprotogena y vive en la luz intestinal. Tiene un solo núcleo que puede contener vacuolas citoplásmicas con inclusión de bacterias, pero no eritrocitos.

2) En la luz del colon se encuentra la forma quística, que mide de 10 a 25 micras de diámetro (forma permanente) y contiene de uno a cuatro núcleos. En estadios tempranos de la evolución contienen glucógeno almacenado y cuerpos alargados, los llamamos cuerpos cromidiales, probablemente sustancia de reserva, los que permiten la diferenciación de quistes de otras amibas intestinales.

3) La forma de trofozoito, es patógena y mide de 6 a 50 micras de diámetro; se forma directamente del quiste a través de la forma minuta, posee un solo núcleo con gránulos de cromatina adosados a la membrana nuclear, así como una formación llamada cariosoma.

El endoplasma, finamente granular, contiene vacunas, restos celulares y frecuentemente eritrocitos fagositados, está rodeada de una especie de gel, llamada ectoplasma, que tiene prolongaciones en forma de pseudopodos. La multiplicación se verifica por división celular simple.

La transmisión de la amibiasis se debe a la ingestión de agua y alimentos contaminados con materia fecal (Coprofagia), puede ser por contacto directo (rara), fomites y por transmisores biológicos.

Contacto Directo: Se ven amibiasis mucocutaneas, aquí las personas se infectan por el trofozoito que se establece en la piel, se ve en los niños con amibiasis intestinal que cuando defecan no los contaminan y esto facilita la infección en la piel. O en el coito per anus.

Fomites: Contaminados con quistes, los más frecuentes son: ropa, juguetes, sanitarios, cubiertos, etc. También el agua contaminada puede tener los quistes, los alimentos que hayan sido preparados con deficiente higiene pueden tener quistes.

Transmisores biológicos: Pueden ser los insectos como moscas y cucarachas. (Gómez-Delgado et al, 1995; Tay-Lara, 1991d; Reed et al, 1995).

Factores de riesgo asociados: Higiene deficiente, inadecuado control de los manejadores de alimentos, Técnicas de irrigación y fertilización incorrectas, malas condiciones sanitarias, malos hábitos higiénicos, deficiencia de agua potable, practicas homosexuales, yatrogenias e incorrecto abastecimiento de agua potable.

LIMITACIONES PARA UN CORRECTO ANALISIS EPIDEMIOLOGICO:

- El muestreo de grupos de individuos no son representativos de la población estudiada.
- Existen diferentes metodologías para analizar los exámenes parasitológicos.
- La excreción intermitente de quistes y la correcta identificación de los mismos.
- La imposibilidad de diferenciar quistes de cepas patógenas de las no patógenas.
- El empleo de distintas técnicas serológicas.
- El uso de diferentes antígenos en la detección de anticuerpos plasmáticos.
- La falta de uniformidad en la definición de enfermedad, sobre todo en el caso de amibiasis intestinal.
- Múltiples deficiencias en el registro estadístico.

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA PATOGENIA DE LA ENFERMEDAD AMIBIANA:

Relacionados con el parásito:

Presencia de cepas patógenas y no patógenas.

Cepas patógenas con diferente virulencia.

Magnitud del inóculo.

Relacionados con el huésped:

La amibiasis intestinal es más frecuente en niños, la amibiasis hepática es más frecuente en adultos.

Relacionados con el ambiente:

Sistemas de drenaje de aguas negras.

Hábitos higiénicos e incremento de la virulencia en presencia de otros microorganismos. (Ambrosius y Peña, 1986b)

II.4 PATOGENIA

Ingestión de quistes, ácido gástrico (estomago), liberación de trofozoítos (duodeno), intestino grueso (necrosis local), expulsión en heces (quiste). Toxinas (mucinasas, desoxiribonucleasa y ribonucleasa) permiten la invasión de órganos, aparatos y sistemas.

INFECCION:

Portador asintomático, amibiasis intestinal y amibiasis extraintestinal.

AMIBIASIS INTESTINAL INVASORA:

Diarrea-disentería (92%).

Colitis fulminante (5%).

Apendicitis (2.3%).

Ameboma (0.7%).

Las lesiones se localizan en sigmoides y recto en forma de úlceras en botón de camisa, inflamación, hemorragia e infección bacteriana secundaria.

ANATOMIA PATOLOGICA: Macroscópicamente, la lesión inicial de la amibiasis intestinal tiene grandes variaciones morfológicas. Al principio se observan lesiones puntiformes de la mucosa con bordes hiperémicos, sin embargo, en los casos graves siempre existen úlceras de diferente tamaño, con fondo blanquecino de aspecto fibroso y frecuentemente existen amplias zonas de necrosis superficial de la mucosa. (Villalobos, 1994)

Microscópicamente la lesión amibiana muestra ulceración en la mucosa con abundante material necrótico mezclado con trofozoítos amibianos, la reacción inflamatoria está compuesta básicamente por linfocitos no siendo muy acentuada, a no ser que exista infección secundaria bacteriana. (Ambrosius y Peña, 1986c; Tay-Lara, 1991e).

II.5 CUADRO CLINICO

En general y tomando en consideración los mecanismos de adquisición de la amibiasis y las posibilidades de migración de los trofozoítos, en el individuo infectado, generalmente se inicia por vía intestinal, desde el punto de vista clínico, la amibiasis es clasificada de la siguiente manera:

1. Amibiasis intestinal.
2. Amibiasis extraintestinal (según localización)

La amibiasis intestinal aguda es una de las formas clínicas que se observan con mayor frecuencia. Se caracteriza por la presencia de evacuaciones diarreicas, posteriormente puede evolucionar a síndrome disenteriforme caracterizado por evacuaciones mucosanguinolentas acompañadas de pujo y tenesmo, dolor abdominal que se exacerba con la palpación, la disentería fulminante, pérdida de peso, deshidratación, astenia, etc.... Todo lo anterior dependerá de la extensión e intensidad de las lesiones así como la localizaciones de las mismas. Sin embargo debemos puntualizar que un individuo infectado puede ser simplemente portador asintomático, presentar síntomas moderados o bien graves.

Cuando la sintomatología tiene evolución de unos 15 días se considera que el caso es agudo; en estos pacientes generalmente hay evacuaciones frecuentes, líquidas o semilíquidas con presencia de moco, sangre y amibas en

fase de trofozoítos. Cuando los síntomas persisten por mas de un mes en los que se alternan periodos con síntomas leves, constipación y reactivación de periodos agudos, entonces los casos se consideran crónicos los cuales eliminaran quistes del parásito con las materias fecales formadas. (Ambrosius y Peña, 1986d; Gómez-Delgado et al, 1995a; Tay-Lara, 1991f).

SINDROMES CLINICOS: Evacuaciones mucosanguinolentas, dolor tipo cólico abdominal, pujo y tenesmo.

En edad pediátrica generalmente se presenta diarrea aguda con moco y sangre o diarrea con rastros de sangre. En los desnutridos se presenta fiebre, prolapso rectal e infección bacteriana concurrente. (Villalobos, 1994a)

II.6 DIAGNOSTICO

El diagnóstico temprano se sospecha ante el cuadro clínico en su fase aguda realizando la observación directa del trofozoito o bien por otros métodos diagnósticos.

DIAGNOSTICO PARASITOLOGICO: El diagnostico de certeza en cualquier localización de *E. histolytica* en el organismo humano es precisamente la observación de trofozoítos o quistes, aunque en algunas ocasiones, sobre todo en las amibiasis extraintestinales, es difícil poner de manifiesto los prevalencia mas alta correspondió a la región del centro occidente con cifras entre 9 y 20%, seguida por la región centro sur y golfo de México mas algunas pocas localidades de la frontera del norte. Por lo que en la actualidad se han desarrollado una serie de reacciones inmunológicas como la emaglutinación, contrainmunolectroforesis, inmunofluorescencia, ELISA, con las que se han obtenido resultados satisfactorios. (Carrada, 1991f; Villalobos, 1994b)

BUSQUEDA DE AMIBA EN FRESCO (BAF)

En los casos de amibiasis intestinal aguda, se deberá buscar los trofozoítos de *E. histolytica* en una serie de al menos 3 muestras sucesivas de materias fecales, mediante examen directo, las muestras serán obtenidas de evacuaciones recientemente emitidas. (frescas) sin administrar purgante al paciente para obtenerlas; deberán ser procesadas de inmediato sin haberlas sometido a cambios bruscos de temperatura, porque si no se observan estos señalamientos, los trofozoítos se lisan y ya no se detectan en las muestras, en los adultos se obtienen fácilmente poniéndolos en frascos limpios y de boca ancha, algunas veces se tiene que recurrir a la rectosigmoidoscopia para observar el tipo de lesiones y tomar la muestra de materia fecal, biopsia o raspados de las úlceras para buscar las amibas, cuando se trata de niños o lactantes no es conveniente obtener la muestra del pañal por que con frecuencia ya se habrán destruido los trofozoítos, por lo que se recomienda el uso de cucharilla rectal, la cual es una varilla de vidrio con borde romo y doblado que se introduce unos 5 centímetros en el recto haciéndola girar para obtener la muestra de materia fecal, se saca y se deposita en un tubo de ensaye que tiene solución salina isotónica estéril, las muestras de materia fecal procedentes de lactantes deberán ser observadas de inmediato al microscopio. La observación de la materia fecal obtenida ya sea de niños o de adultos se observa de la siguiente manera: con un palillo o aplicador de madera se coloca un poco de la muestra sobre un portaobjetos que tenga una gota de solución salina isotónica y se mezclan, se le pone un cubreobjetos, y se observa directamente al microscopio. A este método se le denomina observación directa en fresco o bien búsqueda de amiba en fresco (BAF) en la que, de ser positiva, se verán los trofozoítos de la *E. histolytica* sin teñir con sus movimientos característicos. Si la muestra se llegara a obtener por medio de rectosigmoidoscopia, se hará observación directa en fresco, frotis y tinción, cultivo y cortes histológicos teñidos de hematoxilina-eosina para la búsqueda de trofozoítos o de algún otro agente etiológico. (Tay-Lara, 1991g; Proctor, 1991; Reed et al, 1995a; Villalobos, 1994c).

Con el examen en fresco se puede revelar la existencia de otros parásitos causantes de infecciones localizadas en intestino.

Pueden encontrarse quistes, huevos, larvas o ejemplares adultos de helmintos y excepcionalmente larvas de insectos.

OTROS METODOS DIAGNOSTICOS: (Proctor, 1991a; Li y Stanley, 1996)

Identificación de anticuerpos específicos (Métodos cualitativos y cuantitativos):

Hemaglutinación, conrainmunolectroforesis, inmunoflorecencia y ELISA.

Positiva en el 50% durante la primera semana.

Positiva en el 90% dos semanas después.

Leucocitos polimorfonucleares.

Cultivo a 37°C.

Endoscopía rectal: Lesiones de la mucosa (edema, hiperemia, úlceras y sangrado).

Radiografía de abdomen.

Centellografía.

Gamagrafía.

Ultrasonografía.

Tomografía axial computarizada.

ENCUESTAS PARASITOLÓGICAS

En el Hospital Infantil de México en 1957 se obtuvieron 1,116 muestras de materia fecal de 385 niños con diarrea, habiéndose observado *E. histolytica* en 18 (4.7%), con una frecuencia relativa del 2% en 307 lactantes, 12.1% en 58 preescolares, 18.8% en 16 escolares, sin embargo, en 239 niños con evacuaciones diarreicas sin sangre no se observó el parásito, mientras que en 95 menores con evacuaciones mucosanguinolentas se demostró *E. histolytica* en el 19%. (Carrada, 1989g)

II.7 COMPLICACIONES

Las complicaciones mas frecuentes de la amibiasis intestinal son la perforación con peritonitis y el absceso hepático. Prácticamente en todos los casos, la infección primaria de la amibiasis se localiza en el intestino, se ha visto en varios estudios la diferente localización, en ciego el 23%, en rectosigmoides y en el colon transverso el 20%. En aproximadamente el 30% de casos de necropsia todo el colon esta ulcerado.

- Deshidratación.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Neumonía.
- Septicemia.
- Localizaciones extraintestinales.
- Perforación intestinal.
- Representan evacuaciones mucosanguinolentas, dolor
- Peritonitis.

Colitis amibiana fulminante o colon tóxico amibiano: cólico abdominal intenso y ematoquezia. Las complicaciones más frecuentes son: perforación intestinal, peritonitis, fiebre elevada y choque. (Ambrosius y Peña, 1986e; Tay-Lara, 1991h; Villalobos, 1994d; Li y Stanley, 1996a; Barreda et al, 1999a)

II.8 TRATAMIENTO

El tratamiento en amibiasis es fundamentalmente farmacológico y estos medicamentos pueden clasificarse en tres grupos, de acuerdo a su nivel de acción:

A. Los que actúan a nivel de la luz intestinal, como la Dihydrohidroxiquinoleína, la Diloxamida, el Sulfato de Paromicina y recientemente la Quinfamida.

B. Los Amebicidas tisulares, como la Emetina, la Dehidroemetina, Etofamida y la Cloroquina.

C. Los que actúan a ambos niveles, como el Metronidazol, el Timidazol y el Ornidazol.

Cuando se presenta amibiasis intestinal aguda la acción de las drogas que se empleen deberá ser a nivel sistémico, por lo que se recomienda Emetina, Dehidroemetina, Metronidazol e Imidazoles. (Loya et al, 1993a; Cohen, 1996; Padilla, 1998ab)

Diarrea disentérica:

- Hidratación oral.
- Dieta normal o alimentos del seno materno.
- Controlar fiebre y vómito (cuando sea necesario).
- Metronidazol 30^a 40mg/kg/día vía oral, cada 8 horas, por 7 a 10 días, sin exceder de 2g. Se puede emplear Tinidazol, Ornidazol o Secnidazol.
- Dehidroemetina 105mg/kg/día MI, cada 24Hrs, por 7 a 10 días, sin exceder de 90mg.

II.9 AVANCES RECIENTES

Uno de los aspectos más controversiales en la biología de la *E. histolytica* es la variabilidad de las cepas en lo referente a su poder patógeno (virulencia): En los años últimos en México se aislaron del intestino cepas de portadores, en sujetos asintomáticos con serología negativa (cepas IMSS-HM7, HM9, HM29, HM35) las cuales fueron cultivadas en medios axémicos, demostrándose su ausencia de poder patógeno. Posteriormente, P.G. Sangeant, del departamento

de protozoología de la Universidad de Londres Inglaterra caracterizó y logro diferenciar las cepas de *E. histolytica* por medio de un patrón enzimático. Actualmente se acepta que los tipos II, VI, VII, X, XII y XIV tienen marcadores de patogenicidad. Las amibas virulentas son ricas en lisosomas y tienen gran actividad citofagocitaria, habiéndose demostrado la existencia de citotoxinas parcialmente purificadas, de un factor que inhibe la quimiotaxis y una beta N-acetil-glucosamida soluble siendo muy notable su capacidad de formar “pinzas pinocíticas” sobre la membrana parasitaria activada. Se sabe también que el protozoo tiene la propiedad potencial de evadir la respuesta inmune del huésped, gracias a la extraordinaria capacidad dinámica de su membrana citoplasmica. (Gomez-Delgado et al, 1995b; Li y Stanley, 1996b)

Recientemente se han demostrado coproanticuerpos secretores de la clase IgA, presentes en el 80% de los casos con disentería y solo en el 2% de los sujetos sanos; se sabe además que se forman anticuerpos circulantes de la clase IgM, IgG e IgE en el 70% de los casos disentéricos, aproximadamente una semana después de la aparición de los síntomas intestinales. (Li i Stanley, 1996c; Barreda et al, 1999b)

Al igual que en otras parasitosis se ha demostrado la existencia de una respuesta inmune celular, mediada por linfocitos T, macrófagos y linfoquinas solubles, los que casi siempre participan en la relación huésped parásito. (Barreda et al, 1999c)

METODOLOGÍA

III.1 DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la UMF No 16 de la ciudad de Santiago de Querétaro en menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001.

Se consideró una prevalencia de la EA del 8% en población menor de 5 años. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para prevalencias:

$$N = \frac{ZX^2(P(1-P))}{d^2}$$

Con un alfa de 0.05, un nivel de confianza del 95% y una frecuencia esperada de 15%.

Se utilizó el paquete estadístico EPI – INFO 5 para el cálculo de la muestra y el procesamiento de la información.

El tamaño de la muestra fue de 60, para la selección de cada sujeto se utilizó muestreo no probabilístico por cuota a partir de la consulta externa de medicina familiar en los 16 consultorios de ambos turnos de la unidad médica.

Se incluyeron a sujetos menores de 5 años, que cumplieron con los criterios de inclusión con previo consentimiento informado.

- 1) Menores de 5 años de edad adscritos a la U.M.F. No. 16 con enfermedad diarreica aguda.
- 2) Sexo masculino o femenino.
- 3) Sin importar estado de nutrición.

4) Sin tratamiento previo.

Se excluyeron del estudio a:

- 1) Menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda, cuyas madres no aceptan la participación en el estudio
- 2) Sin enfermedades concomitantes que requieran tratamiento farmacológico.
- 3) Sin complicaciones de la enfermedad diarreica aguda.

Para el procesamiento de la recolección de la información se diseñó una tarjeta tipo cuestionario con 12 reactivos en donde se registró la edad, EDA, BAF, consistencia de la evacuaciones, evacuaciones con momo, evacuaciones con sangre, vómito, fiebre, dolor abdominal, pujo y tenesmo. Posteriormente se realizó por laboratorio el examen de BAF.

Se realizó la técnica de toma de BAF conforme a lo reportado por Tay-Lara (1991) y la cual se describe a continuación.

CONDICIONES:

La muestra se tomará de evacuaciones recientemente emitidas sin administrar purgante al sujeto, no se tomarán las muestras de los pañales, deberán ser procesadas de inmediato sin someterlas a cambios bruscos de temperatura.

Las muestras se colocarán en frascos limpios de boca ancha, en caso de no presentar evacuación en el momento se obtendrá la muestra mediante una cucharilla rectal.

EQUIPO:

Frascos limpios de boca ancha

Cucharilla rectal; varilla de vidrio con borde romo y doblado

Tubos de ensaye con solución salina isotónica

Portaobjetos de 7cm X 2cm

Cubreobjetos de 2cm X 2cm

Microscopio óptico

TÉCNICA:

Las muestras obtenidas en los frascos o bien aquellas obtenidas por medio de cucharilla rectal, la cual se introduce unos 5cm en el recto haciéndola girar y sacar depositándola en un tubo de ensaye con solución salina isotónica esteril, posteriormente se coloca un poco de muestra en un portaobjetos, se pone un cubreobjetos y se observa al microscopio.

Se contó con la colaboración de 2 químicos para la toma de BAF siendo validados y supervisados por el químico responsable del laboratorio.

Además se utilizaron recursos materiales para el procesamiento y presentación de la información, una computadora HEWELTT PACRARD pentim a 500 mhz, 32 megas en ram, 1 gb. Microsoft Word 97, Exel 97, Corel drw 97, Powerpoint 97 y Software EPI 5.

Se realizó la prueba piloto con ajustes al cuestionario.

III.2 ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se ajustó a las normas éticas de la Ley General de Salud Mexicana y del Comité sobre Experimentación sobre Seres Humanos, tomando en como modelo las normas éticas internacionales de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

III.3 METODO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico consistió en la exploración de los datos y la utilización de estadística descriptiva en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

IV RESULTADOS

Se estudiaron 60 menores de 5 años, 46.7% mujeres (28) y 53.3% hombres (32) con edades comprendidas de 1 a 59 meses, con una media de edad de 30.85 meses (2 años con 6 meses) y DS 16.35. (ver cuadro 4.1)

La tasa de prevalencia de la enfermedad diarreica aguda fue de 123.07 X 1000.

El 10% (6) de los pacientes presentaron BAF positivo, el 75% (45) presentó BAF negativo y el 15% (9) presentó BAF con otras etiologías parasitarias, de las cuales el 8.3% (5) presentó *Ascaris L.* Y el 6.7% (4) presentó *E. Nana.* (ver gráfica 4.1)

De 6 sujetos (10%) que presentaron BAF positivo el 5% (3) fueron del sexo masculino y el 5% (3) del sexo femenino. De 45 sujetos que presentaron BAF negativo se encontró predominio en el sexo masculino, al igual que en aquellos que presentaron BAF con otras etiologías parasitarias. (ver cuadro 4.2)

El cuadro clínico de los sujetos diagnosticados con EA por BAF (6) se caracterizó por dolor abdominal en el 100% (6), evacuaciones líquidas 33.3% (2), semilíquidas 50% (3) y pastosas 16.7% (1), pujo 83.3% (5), evacuaciones con moco 83.3% (5), con sangre 66.7% (4), vomito en el 66.7% (4), fiebre en el 66.7% (4), y en menor proporción tenesmo en el 50% (3). (ver gráfica 4.2)

El cuadro clínico se presentó en mayor porcentaje en los casos negativos a BAF, con predominio de evacuaciones líquidas en un 71.6% (43) y dolor abdominal en un 68.3% (41). (ver cuadro 4.3)

El fármaco más utilizado fue el Metronidazol en el 36.7% (22), seguido de Trimetroprim con Sulfametoxazol en el 25% (15) y ampicilina en el 16.7% (10). (ver gráfica 4.3)

En los casos de EA (6) se utilizó el Metronidazol y en los casos negativos fue el más utilizado. (ver cuadro 4.4)

El registro en el expediente clínico de la prescripción de hidratación oral se encontró en el 56.7% del total de los casos. (ver cuadro 4.5)

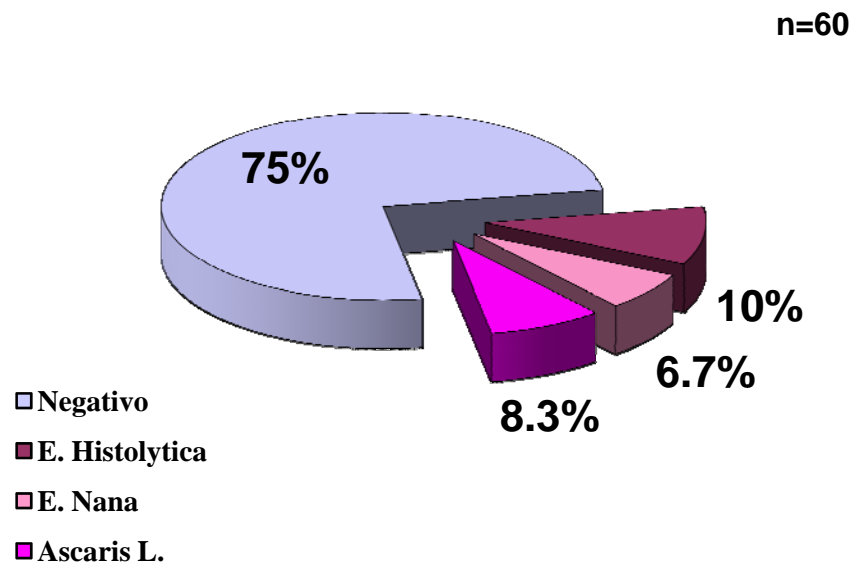
**CUADRO 4.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001**

n=60

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1-12 MESES	4 (6.7%)	8 (13.3%)	12 (20%)
13-24 MESES	5 (8.3%)	3 (5%)	8 (13.3%)
25-36 MESES	7 (11.8%)	9 (15%)	16 (26.8%)
37-48 MESES	5 (8.3%)	8 (13.3%)	13 (21.6%)
49-59 MESES	5 (8.3%)	6 (10%)	11 (18.3%)
TOTAL	32 (53.3%)	28 (46.7%)	60 (100%)

Fuente: cuestionario para la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años de la UMF 16. Nov 2000-Mayo 2001.

GRAFICA 4.1 ETIOLOGIAS REPORTADAS POR BAF EN LOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA*, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001



*EDA Enfermedad diarreica aguda

Fuente: cuestionario para la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años de la UMF 16. Nov 2000-Mayo 2001.

**CUADRO 4.2 REPORTE DE BAF POR SEXO EN MENORES
DE 5 AÑOS CON EDA*, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001**

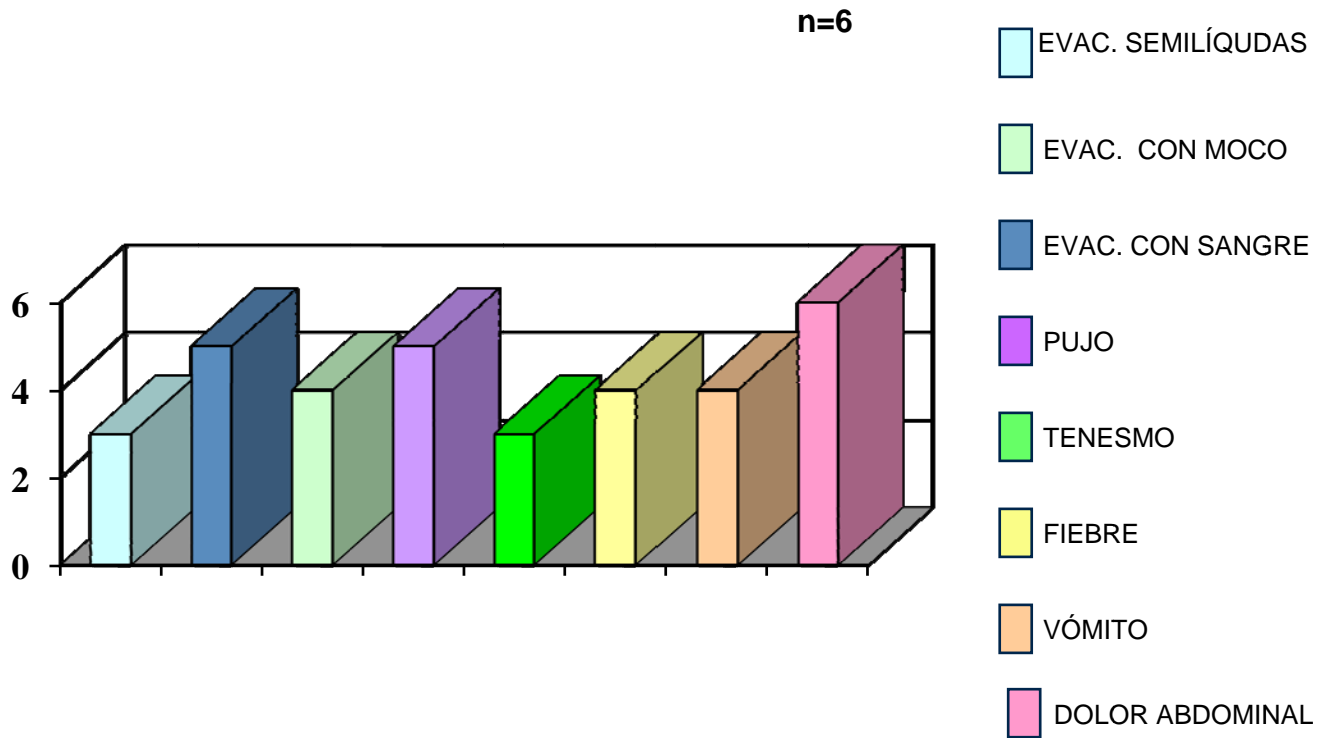
n=60

ETIOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Entamoeba histolytica	3 (5%)	3 (5%)	6 (10%)
Endolimax nana	3 (5%)	1 (1.7%)	4 (6.7%)
Ascaris lumbricoides	3 (5%)	2 (3.3%)	5 (8.3%)
Gardia lamblia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ninguna	23 (38.3%)	22 (36.7%)	45 (75%)
TOTAL	32 (53.3%)	28 (46.7%)	60 (100%)

*EDA Enfermedad diarreica aguda

Fuente: cuestionario para la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años de la UMF 16 Nov 2000-Mayo 2001.

**GRAFICA 4.2 CUADRO CLINICO DE LOS CASOS POSITIVOS A BAF*
EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA**, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001**



*BAF Búsqueda de amiba en fresco
**EDA Enfermedad diarreaica aguda

Fuente: cuestionario para la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreaica aguda en el menor de 5 años de la UMF 16 Nov 2000-Mayo 2001.

**CUADRO 4.3 CUADRO CLINICO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA*
POR BAF**, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001**

n=60

Síntomas clínicos	Positivos	Negativos	Otras etiologías	Total
Evacuaciones líquidas	2 (3.3%)	43 (71.6%)	2 (3.3%)	47 (78.33%)
Evacuaciones semilíquidas	3 (5%)	1 (1.6%)	4 (6.6%)	8 (13.3%)
Evacuaciones pastosas	1 (1.6%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	5 (8.3%)
Evacuaciones con sangre	4 (6.6%)	6 (10%)	1 (1.6%)	11 (18.3%)
Evacuaciones con moco	5 (8.3%)	10 (16.6%)	3 (5%)	18 (30%)
Vómito	4 (6.6%)	12 (20%)	0 (0%)	16 (26.6%)
Fiebre	4 (6.6%)	16 (26.6%)	2 (3.3%)	22 (36.6%)
Dolor abdominal	6 (10%)	41 (68.3%)	7 (11.6%)	54 (90%)
Pujo	5 (8.3%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	8 (13.3%)
Tenesmo	3 (5%)	6 (10%)	2 (3.3%)	11 (18.3%)

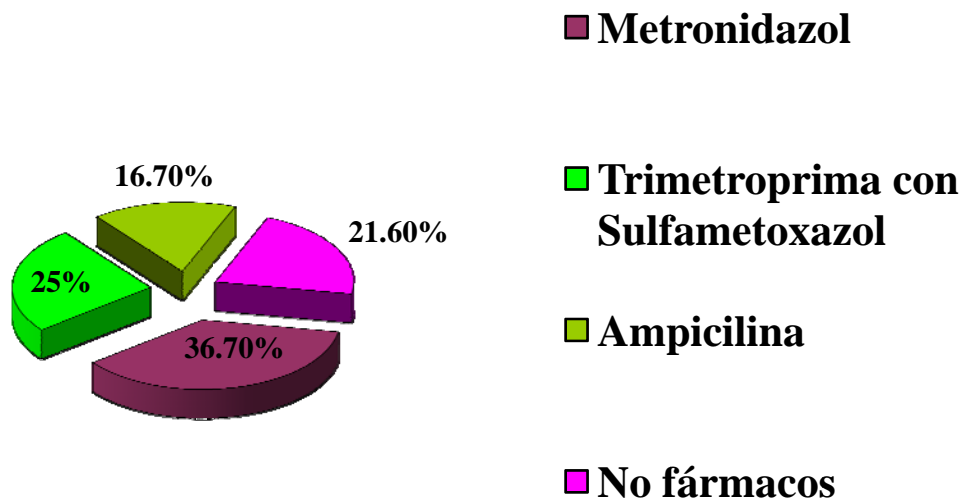
*EDA Enfermedad diarreica aguda

**BAF Búsqueda de amiba en fresco

Fuente: cuestionario para la prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años de la UMF 16 Nov 2000-Mayo 2001.

GRAFICA 4.3 FARMACOS UTILIZADOS EN MENORES DE 5 AÑOS CON EDA*, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001

n=60



*EDA: Enfermedad diarreica aguda.

Fuente: Expedientes Clínicos de la UMF 16 en el periodo Noviembre 2000- Mayo 2001

CUADRO 4.4 FARMACOS UTILIZADOS EN MENORES DE 5 AÑOS CON EA* Y EDA, NOVIEMBRE 2000-MAYO 2001**

n=60

Metronidazol	6 (10%)	16 (26.7%)	22 (36.7%)
Trimetoprim con sulfametoxazol	0 (0%)	15 (25%)	15 (25%)
Ampicilina	0 (0%)	10 (16.7%)	10 (16.7%)
No fármacos	0 (0%)	13 (21.6%) ¹	3 (21.6%)
TOTAL	6 (10%)	54 (90%)	60 (100%)

* Enteritis amibiana

** Enfermedad diarreica aguda

Fuente: Expedientes Clínicos de la UMF 16 en el periodo Noviembre 2000- Mayo 2001

CUADRO 4.5 REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN DE HIDRATACIÓN ORAL EN EXPEDIENTE CLÍNICO, EN MENORES DE 5 AÑOS CON EA Y EDA NOVIEMBRE DEL 2000-MAYO 2001

n=60

HIDRATACION ORAL	EA*	EDA**	TOTAL
Registro de Prescripción de hidratación oral	3 (5%)	31 (51.7%)	34 (56.7%)
No registro de Prescripción de Hidratación oral	3 (5%)	23 (38.3%)	26(43.3%)
Total	6 (10%)	54 (90%)	60 (100%)

* Enteritis amibiana

** Enfermedad diarreica aguda

Fuente: Expedientes Clínicos de la UMF 16 en el periodo Noviembre 2000- Mayo 2001

DISCUSION

La tasa de prevalencia de la enfermedad diarreica aguda fue del 123.07 X1000 siendo menor a la reportada por Treviño (1990a) de 16%, por la mejoría en las condiciones sanitarias y la diferencia de poblaciones donde se presenta la enfermedad.

La prevalencia de la enteritis amibiana se ha reportado hasta del 19% sin especificar grupo de edad. Doganci (1997d) refiere que la prevalencia de la enteritis amibiana en el grupo de edad menores de 5 años es del 8%. En nuestro estudio se encontró una prevalencia del 10% en menores de 5 años.

El estudio demostró otras etiologías diagnosticadas por BAF, en un 6.6% E. Nana y en un 8.3% Ascaris L., no encontrándose Giardia L. En relación con otros estudios no se ha demostrado aún la prevalencia de manera parcial de otras etiologías diagnosticadas por BAF. Encontrándose frecuencias de 4% E. Nana, 10% Ascaris L y 0.8% Giardia L. (Tay-Lara, 1991i). Lo cual podría explicarse por la cronicidad de los padecimientos y la técnica en la toma de muestra para BAF.

Bernal-Parra (1996) reporta que en el cuadro clínico de la enteritis amibiana predomina el dolor abdominal en un 99%, seguido de pujo en el 80% y tenesmo en el 73%. En relación con nuestro estudio se encontró como síntoma clínico predominante el dolor abdominal en el 100%, seguido de pujo en el 83.3% y tenesmo en el 50% de los casos positivos a BAF. La diferencia de este último es debida, probablemente, a la forma de interpretación de este síntoma por la madre.

Cruz (1998d) reporta la frecuencia de amibiasis en diarrea con moco y sangre en el 25 y 26% respectivamente en edades comprendidas de 2 meses a 16 años en relación a nuestro estudio, se encontró una frecuencia del 83.3% en diarrea con moco y 66.7% en diarrea con sangre en los menores de 5 años de edad. Esta diferencia podría explicarse por el rango de edad y tipo de población donde se efectuó el estudio, siendo en el presente estudio población urbana.

En otros estudios se ha encontrado que el número mayor de casos de EA se presenta en los meses de Marzo, Abril y Mayo debido a las condiciones climatológicas. (Bernal - Parra, 1996; Escandón, 1996; Treviño, 1999). En el presente estudio se observó el mayor reporte de positividad a BAF en Marzo, Abril y Mayo con 5 casos.

Alfaro-Jaime, 2000 reporta el uso de antimicrobianos y antiparasitarios en EDA injustificadamente sin tener un diagnóstico preciso, utilizando con mayor frecuencia el Metronidazol en un 32%, Ampicilina en un 23% y Trimetroprim con Sulfametoxazol 22%, así como el registro en el expediente clínico de la prescripción de hidratación oral en el 75%. En relación a este estudio se encontró la prescripción de Metronidazol en un 36.6%, Trimetroprim 25% y Ampicilina 16.6%. El registro de prescripción de hidratación oral en el expediente clínico se encontró en el 56.7% del total de los casos.

CONCLUSIONES

La tasa de prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años en nuestro estudio se encontró del 123.07 X1000.

La prevalencia de la enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años en nuestro estudio se encontró del 10%.

La prevalencia de otras etiologías diagnosticadas por BAF se reporta del 6.6% para E. Nana y de 8.3% para Ascaris L. No encontrándose reporte para Gardia L.

En el cuadro clínico de la enteritis amibiana, predominantemente fue dolor abdominal, seguido del pujo, vómito, fiebre y tenesmo. Con presencia de evacuaciones de consistencia semilíquidas en mayor porcentaje, seguida de evacuaciones con moco y evacuaciones con sangre en menor porcentaje.

El mayor número de positividad de BAF se reportó en los meses de Marzo, Abril y Mayo con 2, 2 y 1 casos respectivamente.

Los fármacos más utilizados fueron el Metronidazol seguido de Trimetroprim con Sulfametoxazol y Ampicilina.

La hidratación oral solo se registró en el expediente clínico como terapia prioritaria en el 56.7% de los casos.

VI.1 PROPUESTAS

1. El médico de primer nivel debe realizar un diagnóstico preciso en la enfermedad diarreica aguda, determinando su etiología de acuerdo a su sintomatología y evolución.
2. Unificar criterios de diagnóstico y tratamiento, ya que en la mayoría de los casos existe la problemática del uso irracional de antibióticos y antiparasitarios en la EDA.
3. Intensificar los planes de manejo para EDA con medias prioritarias para la hidratación oral, por lo que es importante conocer y aplicar los criterios que maneja PRONACED.

LITERATURA CITADA

- Alfaro-Jaime RE, Velázquez-Tlapanco J. Manejo Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de 5 años en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis de posgrado IMSS-UAQ 2000:1-38
- Ambrosius DK, Peña AR. 1986. Patología de la amibiasis. Bol Med Hosp Infant Mex. 43(7):453-465
- Barreda AR, Suárez OC, Balas SC, Acosta AG, Rodríguez MA. 1999. AMIBIASIS CUARTA REUNION DE EXPERTOS 1ª ed México. Searle de México. 43-52
- Bernal-Parra C, García-Gutiérrez G, Correa-Hernández AC. 1996. Factores asociados a la diarrea persistente en niños hospitalizados. Un estudio de casos y control. Bol Med Hosp Infant Mex. 53(11):544-551
- Carrada BT. 1989. La amibiasis invasora como problema de salud pública. Bol Med Hosp Infant Mex. 46(2):139-147
- Cohen J. 1996. Metronidazole to clear intestinal parasites. Lancet. 348(9022):273
- Cruz LV, Morán AC, Alvarez CR. 1998. Parasitosis intestinal en niños de una comunidad rural y factores de riesgo implicados en ellas. Rev Mex Pediatr. 65(1):9-11
- Doganci, Levent, Tanyuksel, Mehmet, Gun, Juseyin. 1997. Overdiagnosis of intestinal amoebiasis in Turkey. Lancet. 350(9078):670

- Escandón RC, Treviño GMN, Escobedo PJ, Hernández RJM, Olvera AJ, Cabral SJ. 1996. La Amibiasis y el Absceso Hepático Amibiano en México, un Problema de Salud Pública de Actualidad. *Rev Gastroenterol Méx.* 61(4):378-386
- Gomez-Delgado A, Martinez-Garcia MC, Garduño-Rodriguez G, Valadez-Salazar A, Leyva O, Garduño-Espinoza J y col. 1995. Historia natural de la infección amibiana durante el primer año de vida. Estudio comparativo de cohortes. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 52(4):203-10
- Lara Aguilera R, Alvarez CR, Lugo SJL, Pantoja VA. 1998. Datos actuales sobre la frecuencia de amibiasis intestinal invasora en niños. In *Proceedings of the International Conference on Amebiasis.* Sepúlveda B y Diamond LS (de.) Instituto Mexicano del Seguro Social, México, pp. 781-786
- Lara BMT, Martínez TL. 1990. Teniasis, Amibiasis y otras parasitosis intestinales en niños de edad escolar del estado de Michoacan, México. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 47:153-159
- Li E, Stanley SL, 1996. Protozoa. Amebiasis. *Gastroenterology Clinics of Nort America.* 25(3):47-92
- Loya LH, Pons AO, Gutierrez TG. 1993. Guía de prescripción terapéutica. Amebicidas y Giardicidas. Sistema nacional de salud (Méx). 1-11
- Padilla-Raygoza N, Alarcón-Ginori A, Figueroa FR, Muñoz-Rodríguez M. 1998. Comparación del efecto de la quinfamida y de la nitazoxanida en el tratamiento de la amibiasis intestinal no disentérica, en niños. *Rev Mex Pediatr.* 65(5):196-99

- Padilla-Raygoza N, Alarcón-Ginori A, Figueroa FR, Muñoz-Rodríguez M. 1998 Eficacia y seguridad de la quinfamida administrada en una sola toma para el tratamiento de la amibiasis intestinal en los niños. *Rev Mex Pediatr.* 65(6):233-35
- Pérez TR. 1999. 50 Años de la Amibiasis en México. *Pharmacia & Upjohn.* 1-8
- Proctor EM. 1991. Laboratory diagnosis of amebiasis. *Clinic in laboratory Medicine.* 11(4):829-59
- Reed, Sharon L, Davis, Charles E, Jinich H. 1995. Amebiasis from the "Miraculous Water of Tlacote". *N Engl J Med.* 332(10):687-88
- Tay-Lara, Velasco-Gutierrez.). 1991. *Parasitología médica.* Francisco Méndez Cervantes (Méx). 49-67
- Treviño GMN. 1989. Amibiasis Tratamiento Médico ¿Hay algo mejor que el Metronidazol? *Rev Gastroenterol Méx.* 54:181-184
- Treviño GMN. 1990. Una Cultura Inacabada o la Diarrea tiene sus Historias. *Gas Med Méx.* 126:3-6
- Villalobos JJ. 1994. *Introducción a la Gastroenterología 1ª ed México.* Editorial Méndez. 850-60

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

1. **BAF:** Búsqueda de amiba en fresco
2. **EA:** Enteritis amibiana
3. **EDA:** Enfermedad diarreica aguda
4. **I.M.S.S.:** Instituto Mexicano del Seguro Social
5. **Prevalencia:**
6. **Tasa de prevalencia:**
7. **UMF:** Unidad de Medicina Familiar

APÉNDICE (ANEXOS)

ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F. 16

PRESENTE:

Por medio de este conducto, me permito solicitar su valiosa colaboración para la realización de mi proyecto de investigación "Estudio descriptivo transversal" acerca de la prevalencia de enteritis amibiana en la enfermedad diarreica aguada en niños menores de 5 años adscritos a la U.M.F. No. 16, tomando los datos necesarios en el periodo comprendido de Noviembre del 2000 a Mayo del 2001, agradeciendo de antemano su participación en la referencia al laboratorio para complementación del estudio realizando búsqueda de amiba en fresco (BAF).

A T E N T A M E N T E.

**DRA. MARIA GUADALUPE SUAREZ DIAZ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16

PROYECTO DE INVESTIGACION ACERCA DE LA PREVALENCIA DE LA ENTERITIS AMIBIANA EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 16. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMNBRE DEL 2000 A MAYO DEL 2001.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO:

FECHA:

AFILIACION:

CONSULTORIO:

TURNO:

EDAD:

EXISTEN DATOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO DE:

1.- PRESENTA ENFERMEDAD DIARREICA SI () NO ()

2.- EL NIÑO PRESENTA ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LA DIARREA:
SI () NO ()

3.-- RESULTADO DE BAF: POSITIVO () NEGATIVO ()

4.- OTRAS ETIOLOGIAS ENCONTRADAS EN BAF
ASCARIS L. () GIARDIA L. () E. NANA ()

5.- CONSISTENCIA DE LAS EVACUACIONES:
LIQUIDA () SEMILIQUIDA () PASTOSA ()

6.- PRESENCIA DE MOCO EN LAS EVACUACIONES: SI () NO ()

7.- PRESENCIA DE SANGRE EN LAS EVACUACIONES: SI () NO ()

8.- PUJO: SI () NO ()

9.- TENESMO: SI () NO ()

10.- FIEBRE: SI () NO ()

11.- VOMITO: SI () NO ()

12.- FARMACOS UTILIZADOS

13.- REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN DE HIDRATACIÓN ORAL: SI () NO ()