

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"IMPORTANCIA DEL ENEMA SALINO EN EL DIAGNOSTICO
DE AMEBIASIS INTESTINAL"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

GILDARDO ANTONIO GIRON CUSCUL

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo de 1979.

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. EPIDEMIOLOGIA
- III. OBJETIVOS
- IV. ANTECEDENTES
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. PRESENTACION DE DATOS
- VIII. ANALISIS Y DISCUSION
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La infección por protozoarios parte importante co-
agente etiológico de múltiples nozas en el hospedero,
Amebiasis ocupa importante lugar como tal, conllevando
grave problema de salud pública, ya que su incidencia
prevalencia son muy altas, inversamente proporcional a
condiciones socio económicas y culturales de las po-
blaciones(2). Un nivel socio económico bajo implica ci-
tas elevadas de morbilidad y mortalidad como castigo del
vivir(2) (3).

medida que el standar de vida mejore, el ingreso per
capita supere, el nivel educacional mejore, las medidas
salubridad se incrementen, y las técnicas de diagnós-
tico y tratamiento se hagan más accesibles y confiables,
obtendrá disminución de portadores(fuente de infec-
ción),casos clínicos(hospedero). Se hace también suma-
te necesario el descubrir y evitar él o los modos de
transmisión(vectores). Se sabe que de la población infec-
da, la gran mayoría es portadora sana y sólo una minoría
presenta el cuadro clínico o sintomatología, lo que viene
a poner en desventaja su prevención, pues solo el caso
clínico buscará ayuda y a veces no la adecuada: mientras
de la gran mayoría seguirán siendo fuente de infección
gravando la situación ya establecida. A manera de cor-
roborio, en el campo de la insalubridad encontramos: las
distintas formas de expendio de alimentos, escases de
agua potable, deposición de excretas, tren de basuras,
aguas negras y crianza- vagancia de animales, todo es-
to determinado por las diferentes necesidades de la so-
ciedad. Encontramos pues que éstos son factores predis-
ponentes de enfermedades y en este caso de Amebiasis.

Motivado por la inquietud hacia la investigación, y con
el deseo de aportar un algo al campo de la Medicina, se
efectuó el estudio prospectivo de 75 pacientes con sospe-
cha de Disentería Amebiana, tratando de ver la importan-
cia de los factores del "ENFEMA SALINO CALIENTE."

Siendo la infección por protozoarios parte importante como agente etiológico de múltiples nozas en el hospedero, la Amebiasis ocupa importante lugar como tal, conllevando un grave problema de salud pública, ya que su incidencia y prevalencia son muy altas, inversamente proporcional a las condiciones socio económicas y culturales de las poblaciones(2). Un nivel socio económico bajo implica cifras elevadas de morbilidad y mortalidad como castigo del mal vivir(2) (3).

A medida que el standar de vida mejore, el ingreso per capita supere, el nivel educacional mejore, las medidas de salubridad se incrementen, y las técnicas de diagnóstico y tratamiento se hagan más accesibles y confiables, se obtendrá disminución de portadores(fuente de infección), casos clínicos(hospedero). Se hace también sumamente necesario el descubrir y evitar él o los modos de transmisión(vectores). Se sabe que de la población infectada, la gran mayoría es portadora sana y sólo una minoría presenta el cuadro clínico o sintomatología, lo que viene a poner en desventaja su prevención, pues solo el caso clínico buscará ayuda y a veces no la adecuada: mientras que la gran mayoría seguirán siendo fuente de infección agravando la situación ya establecida. A manera de corollario, en el campo de la insalubridad encontramos: las distintas formas de expendio de alimentos, escases de agua potable, deposición de excretas, tren de basuras, aguas negras y crianza-vagancia de animales, todo esto determinado por las diferentes necesidades de la sociedad. Encontramos pues que éstos son factores predisponentes de enfermedades y en este caso de Amebiasis.

Motivado por la inquietud hacia la investigación, y con el deseo de aportar un algo al campo de la Medicina, se efectuó el estudio prospectivo de 75 pacientes con sospecha de Disentería Amebiana, tratando de ver la importancia y valor del " E N E M A S A L I N O C A L I E N T E."

Como ayuda en el diagnóstico de Amebiasis Intestinal. Dicho estudio pone al mismo tiempo la comparación entre el examen heces en fresco y la proctosigmoidoscopia en algunos casos. Es más que todo un estudio de diagnóstico efectuado en el Departamento de Medicina Interna, sección de Emergencia del Hospital Roosevelt 1978.

EPIDEMIOLOGIA

II.

Se conocen 6 especies de Amebas parásitas al hombre, pero sólo *E. Hystolítica* y *E. Naegleria Grubers* son capaces de enfermarlo. Es un protozoario de distribución mundial y cuyas prevalencias en la población varía según los países, entre 0.2 y 75% con mayor prevalencia en medios pobres y mal saneados(2) (3). En países como el nuestro, en donde el nivel social, educativo y cultural es deficiente y la resistencia del huésped a noxas del medio ambiente es pobre, a causa de infecciones a repetición, asociada a desnutrición proteico calórica. El dominio del ambiente, a base de investigaciones ecológicas, abre nuevos horizontes a la búsqueda de medios eficaces de prevención de enfermedades(4)

Por otro lado la ignorancia, creencias absurdas y falta de comunicación constituyen condiciones sinérgicas entre nutrición-infección. La principal fuente de infección es el enfermo crónico o portador asintomático que expulsa quistes. Los quistes pueden transmitirse por alimentos contaminados, moscas o por contacto directo. El portador es un peligro y el epidemiólogo querrá reconocerlo y tratarlo(3) (5). La enfermedad es endémica en muchas instituciones populares (cárceles, grupos militares, etc).(7).

En América los países más afectados son México, C.A. y Colombia. Los seres humanos son los responsables principales de su existencia y frecuencia(1). La infección es cosmopolita, sin embargo, ambos sintomáticos y asintomáticos son más frecuentes en áreas tropicales(8). Transmisiones venéreas han sido notadas infrecuentemente, pero pueden ocurrir debido a promiscuidad sexual(9).

III.

OBJETIVOS

A. GENERALES:

- a. Lograr la uniformidad en el campo de la investigación y aplicación del método científico en problemas de Salud-Enfermedad.
- b. Contribuir con las autoridades universitarias en la aportación de nuevos conocimientos y experiencias al campo de la Medicina en General, para una posible mejoría en los planes de diagnósticos, y terapéuticos del futuro de Amebiasis.
- c. Conocer la conceptualización de nuestra población del trinomio: Salud-Enfermedad-Medio ambiente, y su importancia como tal, principalmente en el ciclo biológico de la Amebiasis.
- d. Incrementar y cultivar el espíritu inquietante hacia la investigación y formación de estadísticas nacionales en el campo de salud.
- e. Conocer los recursos disponibles y encaminarlos hacia la utilización de acuerdo al alcance de los mismos sin división de clases sociales(10).

B. ESPECIFICOS:

1. Establecer el porcentaje de positividad del Enema Salino Caliente(38°C) como prueba diagnóstico de Amebiasis Intestinal.
2. Evaluar la eficacia de otros exámenes como métodos diagnósticos frecuentemente utilizados en relación al Enema Salino Caliente.
3. Recordar la fisiopatología de la Amebiasis Intestinal, ciclo Biológico y complicaciones en general.

4. Tratar de encontrar la falla de uno u otro método diagnóstico, así como también la eficacia del laboratorio propiamente dicho.
5. Revisar la literatura Médica para saber los métodos y formas diagnósticas ampliamente utilizados, así como también los porcentajes de positividad.
6. Recordar las sustancias que interfieren en un buen examen de Heces como diagnóstico y tratar de evitar las para obtener resultados más fiables (9)
7. Establecer el momento oportuno de efectuar cada uno de los exámenes así como otros exámenes para detectar una asociación de otra Patología y ó agente Etiológico.
8. Afinar la impresión clínica de cada caso y compararla con el examen piloto respectivo.

IV. ANTECEDENTES

El árbol diagnóstico probabilístico inicia con un juego de indicadores que se han descubierto a una clase con una probabilidad. El médico actúa sucesivamente; nueva pregunta, nuevo examen; y esto viene a alterar el juego de probabilidades y el proceso se repite. Los cambios de probabilidad no son continuos. Esto es útil desde un punto de vista conceptual para comprender la lógica del diagnóstico.

Para el presente estudio, se revisó en lo posible el árbol diagnóstico en la Literatura Médica de los últimos cuatro años y otros más SIN QUE SE hiciera mención de un estudio similar. La idea surgió con el propósito de remover material intestinal del caso y obtener la muestra con los parásitos en forma viable, a temperatura óptima, para su inmediato examen microscópico; así también de ser posible detectar otra asociación Etiológica.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

A. DEFINICION:

Infección producida por el protozoo *Entamoeba Histolytica* produciendo principalmente disentería Amebiana, Rectocolitis Ulcerosa Aguda, Colitis Fulminante, Tifloapendicitis Amebiana, Ameboma y sin olvidar el absceso hepático y la Pericarditis: así también la Meningitis a *Naegleria* por el mismo Phylum(1) (11) (12)(13)

B. CLASIFICACION: (3) (16).

Phylum Protozoo, Sub Phylum Sarcodina clase Rhizopodea, orden Amoebida, familia Entamoebidae, género *Entamoeba*, Especie: *Entamoeba Histolytica*.

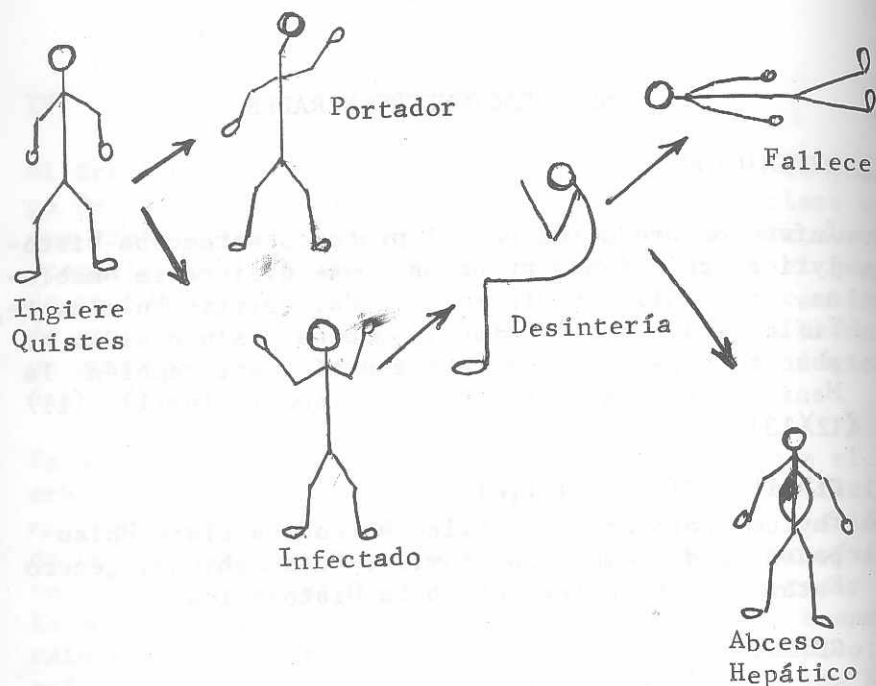
C. CEPAS:

Existen 2 especies

1. *E. Hartmanni*, pequeña no patógena
2. *E. Histolytica*: Cepas: a) no patógena
b) Virulenta

D. CICLO VITAL: (3) (11)

Los quistes ingeridos al Ileon Terminal y ciego donde se fijan. Una persona infectada puede eliminar 45 millones de quistes en las heces al día.



E. MORFOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA:

Se encuentran bajo las formas:

1. Trofozoito (12 o 50 micras): En el moco o sangre intestinal de pacientes con Amebiasis Intestinal. Es la forma vegetativa. Contienen un ectoplasma hialino, pseudópodos ectoplásmicos, delgados y digitiformes. El endoplasma es con gránulos finos y a veces glóbulos rojos. El núcleo es excéntrico, único (3) (9)
2. Prequistica: Células incoloras, redondas u ovales y más pequeñas que los trofozoitos, carece de inclusiones alimenticias y el parásito no se mueve (3) (12)

3. Quistes: Redondos u ovales, ligeramente asimétricos, hialinos con pared lisa (10-20 micras), citoplasma con vacuolas de glucógeno, extremos redondos. El quiste joven tiene un núcleo y el infectante posee 4 núcleos más pequeños (3) (6) (11).

La infección resulta del paso de quistes provenientes de un portador, por la ingestión, pues son resistentes al ácido gástrico, también como lisis en agua, a concentraciones de cloro comúnmente usadas en sistemas de purificación de agua y estados de temperatura de congelación, pero no la desecación ni la putrefacción. El trofozoito vive en la luz del colon especialmente del ciego y Rectosigmoide. Se multiplica en fisión binaria dando 8 AMEBULAS. Solo tiene poder infectante el Quiste Maduro y se desarrolla mejor en un medio Anaerobio bajo de Oxígeno.

Con ayuda de la glucosa 6 Fosfatasa y Glutamina sintetiza compuestos alimenticios y excreta productos de desecho por vacuolas. Puede ingerir bacterias y fragmentos de materias fecales del intestino. El desarrollo óptimo tiene lugar a 37°C para un PH de 7 en condiciones de Anaerobiosis. El mecanismo de asociación simbiótica con bacterias no se conoce bien, pero dichas bacterias asociadas suministran muchos factores de crecimiento para ella. El mejor desarrollo se logra con una flora mixta (3) (9).

La Entamoeba Histolytica descubierta en 1,875 por Fedor Aleksandrovich Loesh. En 1,903, Schindin precisó la Morfología. También se han hecho estudios sobre las diferentes enzimas de que consta, pero no se saben sus acciones en la Patogenicidad del parásito (1)

Ante la lesión Amebiana el intestino es capaz de responder así:

- Alteraciones Motoras
- Hiperproducción de Moco
- Hemorragias de la pared intestinal
- Eliminación de tejidos Necróticos
- Producción de dolor
- Pérdida de agua y Electrolitos

(Alteraciones de la Motilidad mezcla y propulsión que dan Hiperperistaltismo y Espasmos), (el recto sigmoide se mete en la Ampolla rectal originando tenesmo); (Hiperproducción de moco por lesión de las células calci-formes): (Hemorragias pequeñas, o manchas rojas con moco llamado propiamente disinteria); (Eliminación de productos necróticos cuando la lesión es severa) y (el dolor por alteraciones motoras y proceso inflamatorio que puede comprometer el peritoneo por vecindad). Aunque la pérdida de agua y electrolitos es mínima en pacientes desnutridos cobra importancia(1) (3) (8) (11).

La actividad Patógena depende de:

1. Resistencia del Huesped
2. Virulencia e invasividad Amebiana
3. Condiciones del tubo digestivo.

La primera lesión es una pequeña zona de Necrosis en la mucosa superficial o lesiones en botella con células muertas, moco y amebas. Los procesos ulcerados se pueden extender hacia los lados o a la base afectando varias capas produciendo úlceras irregulares con bordes socavados y fondos necróticos, gelatinosos, cubiertos de una membrana amarilla purulenta. La Úlcera típica es en forma de botella(3) (5) (6) (17).

Los cambios histológicos incluyen:

- Histólisis
- Trombosis capilares
- Infiltración de Cel. redondas
- Hemorragias petequiales

- Necrosis

El proceso es de tipo regenerativo y no inflamatorio: Hay Edema e Hiperemia. Hay gran destrucción de glóbulos rojos.

F. COMPLICACIONES: (3) (8) (11) (14) (17)

HIGADO: Hepatitis
Absceso Hepático
Absceso Subdiafragmático

PULMON: Absceso Pulmonar
Derrame Pleural
Fístula Bronco-Hepática

PIEL: Perineal
Vaginal
Anal

CEREBRO: Absceso Cerebral

CORAZON: Pericarditis

GENITO URINARIO: Úlceras del Pene
Uretritis
Cistitis
Pielonefritis

BAZO Absceso Esplénico

OTRAS: Apendicitis
Peforación
Hemorragia
Constricción
Granulomas(ameboma)
Seudoliposis
Fisura rectal
Prolapso rectal

G. MANIFESTACIONES CLINICAS: (1) (3) (9) (11) (17).

Las manifestaciones dependen del sitio incluido. El tracto Gastrointestinal es el más frecuente afectado. Se describen las formas intestinales:

1. ASINDROMICA:

A. PORTADOR: Eliminador de quistes. Viven en comensalismo con el huésped humano. Son las más frecuentes. Pueden expulsar millones al día. Puede tener leves molestias abdominales vagas, debilidad y neurastenia.

B. AMEBIASIS LATENTE:

La cual en cualquier momento se evidencia clínicamente, es un síndrome poco específico, alternar períodos de estreñimiento, diarreas leves, dolor abdominal irregular tipo cólico. Hay lesiones por proctoscopia y radiología.

2. COLITIS AMEBIANA:

A. DISENTERIA AMEBIANA O RECTOCOLITIS: Incubación de 1 a 14 semanas. Depositiones mucosanguinolentas pequeñas con filamentos de mucosa necrosadas. Dolor abdominal. Hay abscesos submucosos y úlceras crateriformes. También hay fiebre. Anorexia, Adinamia, anemia, DHE, postración.

B. COLITIS FULMINANTE: Lesiones ulcero Necróticas que pueden abarcar todo el intestino grueso. La fiebre es alta 39 a 40°C. DHE severa, hipotensión, fallecen el 80% puede haber tifoappendicitis Amebiana.

3. AMEBONA

Son tumefacciones de la pared intestinal como resultado de la reacción del tejido granulomatoso a la reacción del tejido granulomatoso a la repetida invasión con infección secundaria. Afectada la mucosa y submucosa del intestino, hay necrosis y proceso inflamatorio. La lesión es en botón con tejido normal alrededor.

H. DIAGNOSTICO(3)(5)(6)(7)(9)(12)(17).

El diagnóstico diferencial incluye:

1. Colitis Ulcerativa
2. Carcinoma del colon
3. Diverticulitis
4. Disentería Bacilar.

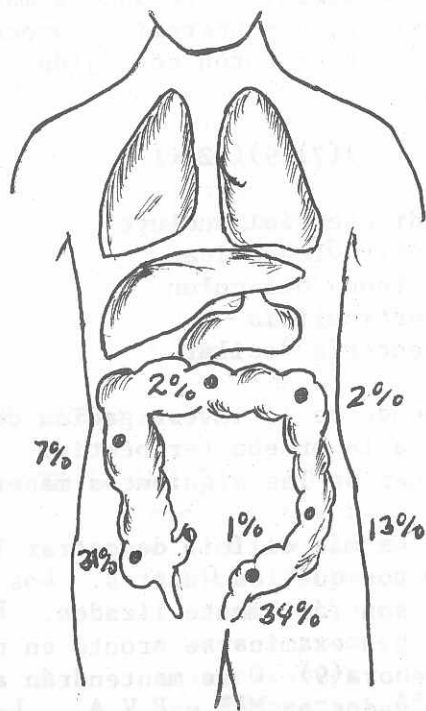
El diagnóstico depende de la investigación del parásito. A veces se recurre a la prueba terapéutica. El diagnóstico puede obtenerse de las siguientes maneras:

1. MICROSCOPIO: Es más difícil demostrar los Trofozoítos que los Quistes. Los Trofozoítos son fácilmente lizados. Las heces deben examinarse pronto en no más de una hora(9) O se mantendrán a 4°C o preservados en MIF y P.V.A.. La fiabilidad depende de la buena recolección del material y el examen inmediato del frotis.

2. CULTIVO: En medios con Anaerobiosis paricla. Los me-

dios clásicos son el Dobell y el de Clelland-Co-llier(5). El No. de cultivos positivos es mayor si se le añade Penicilina o Estreptomicina para limi-
tar el desarrollo Bacteriano(5).

3. SIGMOIDOSCOPIA: La biopsia rectal que puede revelar el Microorganismo. Exudados de mucosa contienen a-
mebas. Esto se basa a que la tercera parte de las
lesiones están en rectosigmoide(ver esquema)(18).El
examen se hace en platina caliente.



ULCERAS E INVASION: Tomado de la publicación
Desease A. Month August.
1957. pp:13

4. TEST SEROLOGICO: (9) (12)

Es usualmente adjunto al diagnóstico de Amebiasis. Es-
tos incluyen:

- Hemaglutinación indirecta(serameb)
- Inmunofluorescencia indirecta
- Inmunoelectroforesis
- Difusión en Agar-gel.

Son más usadas para el diagnóstico de la Amebiasis ex-
traintestinal(92 a 98% positiva) y menos para la intes-
tinal(80 a 90%). Actualmente se recomienda que todo pa-
ciente con proceso inflamatorio intestinal se le efec-
tue un test serológico para Amebas. Los títulos pueden
persistir varios meses después del tratamiento.

5. Substancias que interfieren con el examen de Heces en fresco: (9)

- ANTIBIOTICOS: Tetraciclinas
Sulfonamidas.
- DROGAS ANTIPARASITARIAS
Agentes Antiprotozoos
- LAXANTES, ANTIACIDOS:
Aceite de Castor
Mg OH
- MEDIOS DE CONTRASTE:
Barium
- ENEMAS:
Salino Hipertónico
Jabones
Tapwater
- PREPARACIONES ANTIDIARREICAS:
Bis Muto

Kaolín

J. TERAPIA:

En etapa inicial es indispensable el reposo. Dieta rica en proteínas y vitaminas, abundantes líquidos. El tratamiento se hace con diferentes drogas para diferentes formas de infección. Así, el tratamiento de portadores ha sido insatisfactorio. El Di Iodohy Droxyquin ha sido efectivo en solamente 60 a 70% de los casos. Para mejor comprensión se presenta el siguiente resumen:

FORMA INFECCION:

DOSIS

INTESTINAL:

a. QUISTES:

Diloxanide Furoate (furamide)	500 mg.	PO TID X 10 días
Di-Iodohy Droxyquin	650 mg.	PO TID X 20 días
Metronidazole	750 mg.	PO TID X 5-10 días.

b. TROFOZOITOS:

Metronidazol	IDEM
Dehidroemetina	1. a 1.5 mg/Kg/día IM x 10 días.

EXTRA INTESTINAL:

Metronidazol	750 mg PO TID / 10 días
Cloroquina	500 mg. al día X 10 semanas
Dehydro-Emetina	1. a 1.5 Mg/Kg día IM o SC x 10 días

(7) (9) (13).

MATERIAL Y METODOS

VI.

El presente estudio se efectuó en el departamento de Medicina Interna sección de Emergencia del Hospital Roosevelt de Guatemala en 1978. Dicho estudio se le efectuó a pacientes consultantes de quienes se sospechaba amebiasis Intestinal: se les llenó un formato protocolo (instrumento) para la recolección de datos. Se trata pues de un estudio prospectivo en el que se tubo una muestra de 75 casos cuyas edades osciló de 13 a 90 años, y se trató de establecer el diagnóstico Etiológico con base a un diagnóstico diferencial. También otras variables de valor (ver resultados) para el estudio.

RECURSOS FISICOS:

- Departamento Gastroenterología
- Departamento de Medicina Interna
- Laboratorio de Microbiología
- Laboratorio de Urocoprología
- Laboratorio de Hematología
- Laboratorio Central de Sanidad Pública
- Instrumento de recolección de datos
- Laminillas, solución salina a temperatura ambiental para efectuar examen de "Heces en fresco"
- Frascos de 5 cms. por 1.5 cms. con M.I.F.
- Soluciones salinas a temperatura ambiente, jeringa y sonda rectal para efectuar enemas salinos (fríos)
- Soluciones salinas calentadas a 38°C, jeringas y sonda rectal para efectuar Enemas Salinos Calientes.
- Coprocultivos, Hemocultivos y Mielo Cultivos
- Equipos estériles de diagnóstico
- Frascos de 4 Cms. por 1.5 Cms. con Alcohol polivinilico (PVA) para fijar Protozoarios.

RECURSOS HUMANOS:

- Pacientes antes mencionados
- Personal en función de los Deptos mencionados.

METODO:

El de investigación científica y de resolución de problemas.

PROCEDIMIENTO:

1. ANAMNESIS: Datos generales
Antecedentes
Historia presente
Revisión por sistemas

2. EXPLORACION FISICA

3. PLAN DIAGNOSTICO:

A. "Heces en Fresco" de muestra dada inmediatamente por el paciente u obtenida por tacto recta; la cual se veía pronto o se fijaba.

B. "Enema Salino Caliente" a 38°C. se calentaba solución salina en baño de María y luego con el paciente en decúbito lateral, previa colocación de sonda rectal se introducían de 50 a 100 CC y a los 5 minutos se obtenía la muestra para su procesamiento inmediato (Vista en Lámina al Microscopio). El objeto era examinar la muestra a dicha temperatura.

C. A pacientes con sospecha de infección bacteriana se les efectuó los dos exámenes anteriores para descartar la Amebiasis Intestinal y sus exámenes piloto

de diagnóstico (coprocultivo, Mielocultivo, Hemocultivo)

D. Enema Salino frío a temperatura ambiente efectuado al 50% de los casos en igual procedimiento que el caliente.

E. Proctosigmoidoscopia a los casos fuertemente sospechosos en el Departamento de Gastroenterología, para evaluar la extensión de las lesiones y toma de muestras para Microscopia.

4. Recolección de informes de resultados para el protocolo, estudio y tratamiento del paciente.

VII.

PRESENTACION DE DATOS

INCIDENCIA DE CASOS POR SEXO:

SEXO	TOTAL	%
Femenino	56	74.6
Masculino	19	25.3
TOTAL:	75	100%

PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA

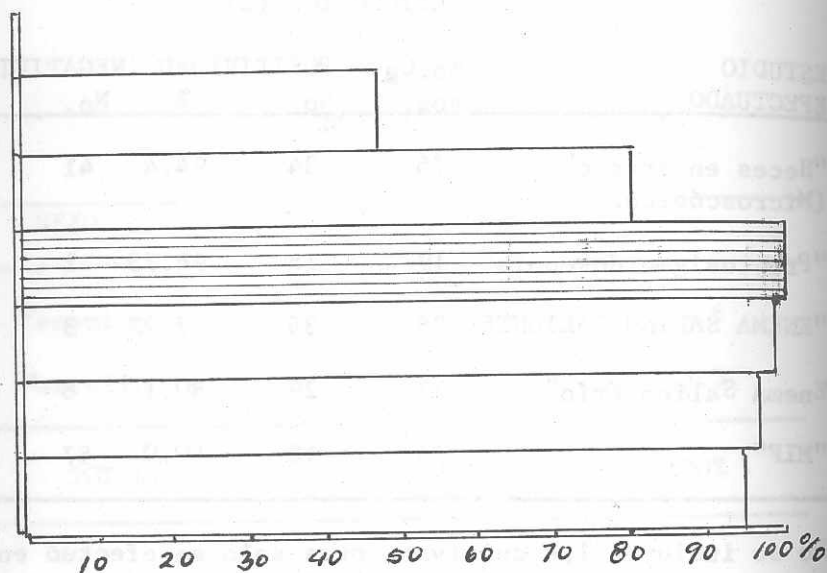
MOTIVO DE CONSULTA	NO.	%
Deposiciones Diarréicas con moco y sangre	45	60.0
Deposiciones líquidas sin moco ni sangre y fiebre	21	28.0
Deposiciones líquidas y vómitos	9	12.0
TOTAL	75	100 %

PLAN DIAGNOSTICO
ETIOLOGICO (-)

ESTUDIO EFECTUADO	No. Casos	POSITIVIDAD No.	%	NEGATIVIDAD No.	%
"Heces en fresco" (Microscópico)	75	34	94.4	41	54.6
"Proctosigmoidoscopia"	19	18	94.73	1	5.2
"ENEMA SALINO CALIENTE"	38	35	97.22	3	2.7
"Enema Salino Frío"	37	29	80.1	8	19.9
"MIF"	75	18	50.0	57	76.0

(No se incluyen los cultivos, pues solo se efectuó en casos con sospecha de otra etiología. A ningún caso se le efectuó test serológico. Heces en fresco al 100%. Proctosigmoidoscopia al 25%. Enemas al 50% para c/u. MIF al 100%)

(-) Para Amebas. % calculados con base al 100% de Amebiasis comprobada (36 casos de 75).

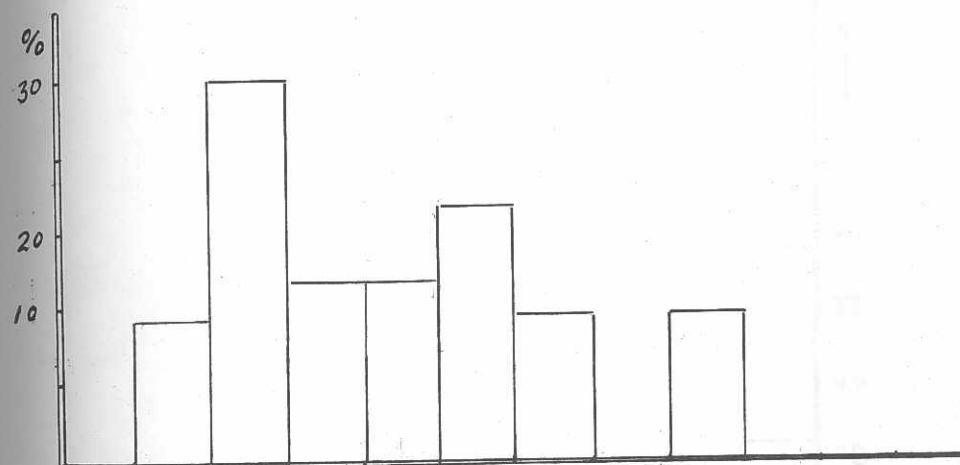


POSITIVIDAD DE METODOS DIAGNOSTICOS
DE AMEBIASIS INTESTINAL

AMEBIASIS INTESTINAL POR GRUPOS E-
TAREOS
(No incluye mixta)

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
13-23	2	0	2	8.3
24-34	6	1	7	29.1
35-45	2	1	3	12.5
46-56	1	2	3	12.5
57-67	3	2	5	20.8
68-78	2	0	2	8.3
79-89	0	0	0	0.0
90-100	1	1	2	8.3
TOTAL	17	7	24	100.0

GRAFICA No. 1



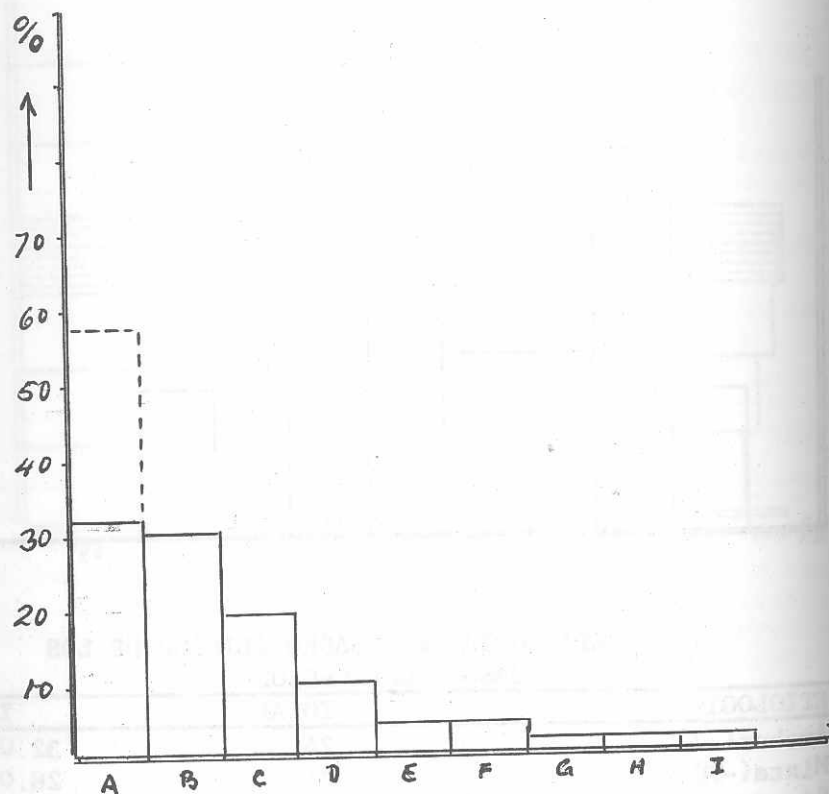
ETIOLOGIA DEL CUADRO CLINICO DE LOS
CASOS SOSPECHOSOS

ETIOLOGIA	TOTAL	%
Amebas(-)	24	32.0
Mixta(-)	21	28.0
Sin diagnóstico(viral)?	15	20.0
Giardia L	8	10.6
Shygella	2	2.6
Tricocefalis	2	2.6
Ascaris L	1	1.3
Salmonella Thipy	1	1.3
Uncinaria	1	1.3
TOTAL	75	100.00

(-) de 75 casos, el 48%(36) presentaban amebiasis intestinal comprobada.

(--) Incluyen infecciones de 2 o más agentes etiológicos, dentro de los cuales 12 tenían Amebas(57.14%)

GRAFICA No.2



CUADRO CLINICO

Sintoma - Signo	Total	%
Heces pequeñas	66	88.0
Dolor Abdominal	56	74.6
Pujo y Tenesmo	50	66.6
Cefalalgia	50	66.6
Fiebre	46	61.3
DHE	46	61.3
Diarrea con moco y sangre	45	60.0
Tacto rectal doloroso	42	56.0
Vómitos	31	41.3
Diarrea sin moco ni sangre	26	34.6
Calofríos	14	18.6
Epistaxis	7	9.3
Estreñimiento	4	5.3
Distensión Abdominal	3	4.0
Hepatomegalia	2	2.6

CASOS DE ETIOLOGIA MIXTA

Etiología	casos	%
Amebas-Ascaris	3	14.2
Amebas-Giardia	5	23.8
Salmonella, Ascaris, Giardias	3	14.2
Ascaris-Uncinaria	1	4.7
Ascaris-Trichuris	1	4.7
Ascaris-Trichuris-Uncinaria	1	4.7
Trichuris-Tricomonas H.	1	4.7
Amebas-Uncinaria	1	4.7
Giardia-Monilia	1	4.7
Salmonella-Giardia	1	4.7
Amebas-Shigella	2	9.5
Amebas-Ascaris-Salmonella-Giardia L.	1	4.7
Total	21	100.0

VIII.

ANALISIS Y DISCUSION

En el presente trabajo efectuado, siendo el mismo el primero en mención, se trató de evaluar la efectividad del Enema Salino Caliente (38°C) como ayuda en el diagnóstico de Amebiasis Intestinal, considerando que muchas veces después de repetidos exámenes se obtiene por fin el diagnóstico Etiológico de una noxa, principalmente parásitos. Muchas veces por mala técnica en la toma de la muestra, que comprende desde la obtención hasta el momento de examinarla directamente.

Los resultados obtenidos muestran una significativa importancia del Enema Salino Caliente en relación al examen de heces en fresco y otros, posiblemente por el cuidado que se tubo en cada método diagnóstico. Conjeturando, posiblemente la positividad alta en estos estudios sea por el interés propuesto, pero en el que hacer diario no se efectúa por problemas internos de cada Laboratorio. Es más, sobre salta la multicausalidad en asociación de 2 o más agentes etiológicos de un cuadro clínico, principalmente el Síndrome Diarréico. Podríamos preguntarnos cuál de los dos o más agentes es el responsable del cuadro? Son todos?

Hablando de Amebiasis, resultó mayor incidencia en mujeres, cuan peligro podría resultar en el manipuleo de alimentos. Por otro lado el % de cuadro clínicos sin diagnóstico es considerable, serán por virus? o será por falta de otros métodos finos diagnósticos?

Entre los principales problemas con que se encuentra uno, es que el paciente a veces no da la muestra, mientras que con el Enema Salino Caliente pronto se obtiene una buena muestra sin pérdida de tiempo y fácilmente. Además obliga indirectamente a efectuar inmediatamente el examen microscópico por la temperatura.

IX.

CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de Amebiasis Intestinal fué en pacientes de sexo femenino.
2. La principal queja del paciente es: Deposiciones - Diarréicas con moco y sangre
3. Los dos métodos diagnósticos de mayor positividad fueron: Enema Salino Caliente (97.2) y le siguió la Proctosigmoidoscopia con 94.7%. Heces en Fresco 94.4
4. El método con menor positividad para Amebiasis fué MIF (50%)
5. Los grupos Etareos más afectados por Amebiasis Intestinal fueron los comprendidos entre 24-34; 57-67 años.
6. El mayor porcentaje de casos (48%) presentaron Amebiasis Intestinal y por otro lado el 20% no se supo Etiología. Amebiasis aparentemente sola fué en el 32%.
7. El 28% de los casos eran de Etiología multicausal y predominó más la asociación de Amebas-Giardial; Amebas-Ascaris.
8. Con una impresión clínica refinada se puede sospechar cuadro clínico con agentes Etiológicos asociados y así iniciar su estudio completo.
9. La amebiasis puede ir asociada a proceso bacteriano en más o menos 9.5%.

X.

RECOMENDACIONES

1. Ante la sospecha de Amebiasis Intestinal efectuar sus exámenes inmediatamente sin pérdida de tiempo (heces en fresco, Enema Salino Caliente, y si el cuadro parece ser crónico y o fulminante, Proctosigmoidoscopia)
2. Efectuar, repetidos exámenes diagnósticos, según diagnóstico diferencial, para descartar multicausalidad, cuidando al mismo tiempo, el estado general del paciente.
3. Emplear el Enema Salino Caliente como ayuda diagnóstica en Amebiasis no sólo por su alta % de positividad, sino para llamar la atención del que ejecuta el examen teniendo así cuidado de la temperatura respectiva.
4. Concientizar a cada Médico tratante en efectuar correctamente el o los exámenes necesarios para reducir el árbol probabilístico diagnóstico y descartar otros agentes etiológicos de dicha noxa.
5. Se recomienda a manera de interrogante, descubrir o no los portadores crónicos con Enema Salino Caliente para que si se trate, al mes estará ya infestado por la insalubridad ambiental.
6. Si la enfermedad es un conjunto en el espacio de los acontecimientos, que corresponde a un grado de incapacidad o de peligro para la vida, se recomienda completar su estudio con los medios posibles.

BIBLIOGRAFIA

1. NEGHNE AMADOR, Amebiasis, Revista Médica de Chile, Vol. 106 No.4 Abril. 1978.
2. BETETA CARLOS Y COL. Síndrome Diarréico. Editorial B.BR, Guatemala, 1976. pp.19-20, 121-122.
3. BROWN HAROLD, Parasitología Clínica. Edición Ed. Interamericana, México 1969. pp:21-41
4. STALLONES R.A. El Ambiente, Ecología y la Epidemiología. OMS. Sept. 1971.
5. CECIL LOEB, Medicina Interna, XLLIra. Edición Tomo 1. Ed. Interamericana. México 1971. pp 763-9
6. ERNEST JAWEST, Microbiología Médica. Quinta Edición Editorial "mm" México D.F. 1973. pp.573-76
7. GRAEF Y CONE. Manual Of Pediatric Therapeutics. Editores . Tenth Printing March, 1978, pp.248-9; 240-41.
8. HARRINSON'S Y COL. Principles of Internal Medicine. Sixth Edition Mc Graw-Hill Book Company pp 1026-29.
9. The New England Journal of Medicine, Vol 298, February, 1978, No.5 pp 262-5
10. NUILA ERICASTILLA HECTOR. Educación Continuada, una propuesta, Guatemala, Nov. 1973. Facultad de Ciencias Médicas
11. VASQUEZ GARZA JORGE. Amebiasis Intestinal, Tesis Feb. 1976. Guatemala. USAC.
12. GOMEZ A JORGE. Pericarditis Amebiana. Tesis. 1977. Abril, USAC, Guatemala pp.6-7.

Bibliografía.....

13. The Medical Letter. Copyright 1976. pp. 53-4
14. ROBINS, Tratado de Patología. Editorial Interamericana. Edición 3era. México, 1968. pp 495-97
15. El Control de Enfermedades Transmisibles en el Hombre. 11 Ed. 1970 pp. 12-15
16. NOBLE GLENN ELMER, Parasitología. Editorial Interamericana, México 1968, pp 66-83
17. RYPINS Medical Licensure Examinations. 12 Edición by A. WRIGHT M.D. USA. pp. 430-32
18. GARCIA BRAVATTI Rectosigmoidoscopia, Tesis, USAC, Guatemala, 1957, pp 30-35.

Gildardo Antonio Girón Cuscul.

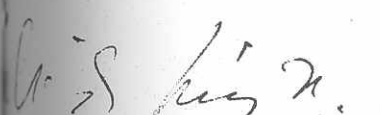
Br:


Edgar Ernesto Ponce Bedoya.

Asesor


Dr. Clementino Castillo Sandov

Revisor


Julio de León Méndez.

de Fase III


Dr. Raúl A. Castillo R.

Secretario General

Vo.Bo.

