

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO
(ASCARIS)

CARLOS RODRIGO HUERTAS BARRIOS

Guatemala, Mayo de 1981.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV ANTECEDENTES
- V CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) Cuadro Clínico
 - b) Métodos Diagnósticos
- VI OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS)
- VII PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

"La Parasitología estudia los seres que -viven momentaneamente o permanentemente sobre otros organismos o dentro de ellos y obtienen de ellos mismos sus alimentos así como las relaciones entre dichos seres y sus huéspedes"

De hecho sabemos que en nuestras comunidades existen un nivel socio-cultural bajo y por ende económico; a consecuencia de ello es alto el porcentaje de habitantes que padecen de parasitismo intestinal, que por su mismo origen puede llegar a crear una serie de problemas, -puesto que el paciente tiene que recurrir a un Centro Hospitalario o Asistencial en Salud, en el que hay que utilizar métodos terapéuticos -quirúrgicos, como sucede en la OBSTRUCCION -INTESTINAL POR ASCARIS. Y además también presentan algun dato de desnutrición y anemia, que complican el tratamiento quirúrgico, ya sea --pre o post operatorio.

"LA OBSTRUCCION INTESTINAL POR ASCARIS, que es en si una obstrucción de tipo mecánico, provoca acción exfoliadora, traumática, isquémica, infecciosa, tóxica, irritativa e inflamatoria -de la mucosa intestinal, al igual que los otros tipos de obstrucción mecánica".

El trabajo que se presenta a continuación es el resultado de la revisión de 81,766 historias clínicas correspondientes a pacientes que consultaron al servicio de emergencia del Hospital Na-

cional de Mazatenango, durante el periodo comprendido de enero de 1976 a Diciembre de 1980. Habiendo encontrado 12 casos de diagnóstico de OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS)

En la investigación realizada se observó que el Cuadro clínico que menciona la literatura con referencia a la obstrucción intestinal de tipo mecánico, es similar a los obtenidos y que el parasitismo intestinal se da con más frecuencia en pacientes entre la primera y segunda década de la vida. Siendo aproximadamente la misma frecuencia en ambos sexos.

Con respecto a la forma terapéutica la literatura recomienda un tratamiento conservador y al no haber mejoría se recomienda laparotomía; observando que en el presente trabajo la mayoría de casos se resolvió con tratamiento quirúrgico y se complementó con piperazina en el post-operatorio.

Para llevar a cabo la información requerida en la presente investigación, se tomaron en cuenta varios parámetros, como por ejemplo: cuadro clínico que presentaron los pacientes a su ingreso, métodos diagnósticos utilizados, tiempo de hospitalización, hallazgos operatorios, complicaciones post-operatorio, tiempo de hospitalización medicamentosa más frecuentemente utilizados, estado de los pacientes al egresar, etc.

Considero se trata de una patología muy frecuente y que muchas veces no se consulta, debido a las distancias a centros asistenciales. Pero que se debe dar importancia, pues sabiendo su etiología, previamente se puede evitar complicaciones serias que podrían causar la muerte. Mi mejor deseo es contribuir con la presente investigación, a lo referente al tema y con el fin de que este tipo de patología desaparezca.

II OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de casos de Obstrucción por Parasitismo (Ascaris) en el Hospital de Mazatenango, durante -- 1976-80.
2. Conocer la distribución por sexo y edad de los casos con diagnóstico de Obstrucción Intestinal por Parasitismo (Ascaris)
3. Investigar los signos y síntomas más frecuentes utilizados, para el paciente con Obstrucción Intestinal por Parasitismo (Ascaris)
4. Conocer los Métodos diagnósticos más -- frecuentes encontrados en pacientes con Obstrucción Intestinal por Parasitismo (Ascaris)
5. Investigar el tratamiento utilizado en este grupo de pacientes.
6. Conocer la frecuencia de complicaciones en el grupo de pacientes estudiados.
7. Conocer el estado nutricional del paciente con Obstrucción intestinal por Parasitismo (Ascaris).
8. Hacer una revisión bibliográfica del tema.

III MATERIAL Y METODOS

MATERIAL HUMANO:

Pacientes que fueron tratados en el Hospital Nacional de Mazatenango, con diagnóstico de Obstrucción Intestinal por Parasitismo.

FISICOS:

1. Hospital Nacional de Mazatenango
2. Fichas Clínicas y Exámenes de laboratorio y radiografías de los pacientes tratados.
3. Archivo clínico y libro de egresos.

METODOLOGIA :

Para efectuar la investigación se revisaron 81,766 historias clínicas de pacientes que consultaron a la Emergencia del Hospital Nacional de Mazatenango, durante el periodo comprendido entre los años siguientes: enero 1976 a diciembre 1980.

De esta revisión de historias, se encontraron 12 casos con el diagnóstico de egreso de Obstrucción Intestinal por Parasitismo, de los cuales todos ingresaron al servicio de intensivo.

En el estudio se tomarón en cuenta los siguientes parámetros:

1.- HISTORIA:

Edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución del cuadro a su ingreso, síntomas, instalaciones del cuadro, antecedentes.

2.- EXAMEN FISICO:

Estado de consciencia, signos vitales, aparatos y sistemas, hallazgos de abdomen agudo.

3.- METODOS DIAGNOSTICOS:

Laboratorios (hematología, heces Rayos X)

4.- TRATAMIENTO :

Al ingreso y tratamiento Médico o Quirúrgico.

5.- COMPLICACIONES:

En pacientes con tratamiento quirúrgico.

IV ANTECEDENTES

- 1.- JULIO CABALLEROS ESTRADA. "Obstrucción Intestinal por Ascaris". Revisión de 13 casos en el Hospital San Juan de Dios de Guatemala. Tesis de Graduación 1964.

En esta tesis se le da una importancia al tratamiento médico quirúrgico y como una de las causas mecánicas de la obstrucción intestinal.

- 2.- ORLA VIELMAN FRANCISCO. "Conducta a seguir en pacientes con Obstrucción por Ascaris". Tesis de Graduación 1969.

- 3.- LILIA MERCEDES CUYUN RIVERA. "INVAGINACION INTESTINAL" Revisión de casos durante los años de 1973. En el hospital Nacional de Mazatenango. Tesis de Graduación 1978.

CONSIDERACIONES GENERALES

ASCARIASIS:

DEFINICION

La infección con *Ascaris lumbricoi* es el gusano redondo grande del hombre, el adulto madura en el intestino delgado y puede producir enfermedad por obstrucción intestinal o por malignación.

NOTAS HISTORICAS Y GEOGRAFICAS.

Este gusano fué observado y comunicado como parásito del hombre por muchos pueblos antiguos. Abunda en las regiones de clima cálido y húmedo o en las regiones templadas y húmedas en donde la higiene personal y las condiciones del medio ambiente se combina para favorecer la embrionación de los huevos en el suelo contaminado.

En muchos países de América Central y Sudamérica el promedio de infección es aproximadamente de un 45 %.

ETIOLOGIA MORFOLOGICA

Verme Cilíndrico, de color gris-rojizo, con las extremidades afiladas. El macho tiene una longitud de 15 a 20

centímetros, posee un sistema de órganos reproductores, se compone de un tubo largo, enrollado, se observa a través de la cutícula. Las espículas copulatorias son desiguales.

La hembra mide de 20 a 40 centímetros. Está puesta huevos fecundados ovoideos, de aspecto muriforme, que son expulsados por el intestino. La vulva de la hembra tiene localización medioventral, cerca de la unión de los tercios anteriores y medio del cuerpo. Existe una vagina cónica que se bifurca para formar un par de tubos genitales, cada uno de los cuales consta de útero receptáculo seminal, oviducto y ovario. Pueden contener en un momento dado hasta 27 millones de huevos, y se ha estimado que la producción diaria por hembra es de 200, 000 huevos aproximadamente.

Los huevos de color pardo, con una cubierta gruesa y albuminosa, son infecciosos diez días después de eliminados con las heces.

La vida de los gusanos adultos es relativamente corta (12 a 24 meses).

CICLO VITAL

En la naturaleza los huevos nunca eclosionan en el suelo o entran en el cuerpo del huésped a través de la piel; el mecanismo de infección es a través de la boca.

normal de infección es siempre a través de la boca.

Los huevos embrionados son ingeridos pasan al duodeno, en donde los jugos intestinales ablandan la cápsula y estimulan la actividad de la larva encerrada, la cual emerge por hendidura a la cápsula. La larva penetra la pared del intestino delgado, alcanza los linfáticos mesentéricos o las venulas mesentéricas portohepáticas y llevada a través de las cavidades derechos del corazón hacia los pulmones. Después de varios días, va desde los capilares hasta los alveolos pulmonares, ascienden por los bronquios y la traquea a la glotis y es deglutida. Al llegar al intestino delgado se transforma en adulto macho o hembra. Algunas de las larvas pueden pasar de los capilares pulmonares a las cavidades izquierdas del corazón, y de aquí a la circulación sistemática.

EPTIDEMIOLOGIA.

La infección humana se adquiere mediante la ingestión de huevos embrionados accidentalmente tomados del suelo contaminado, o bien mediante la ingestión de alimentos y bebidas contaminadas con huevos embrionados viables.

Uno de cada cuatro habitantes del mundo está infectado con *Ascaris lumbricoides*. Los huevos mueren por acción del sol y temperatura superiores a 45°C, pero en condiciones óptimas pueden seguir viables durante diez años.

PATOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA

Puede ser de dos tipos

- 1) producida por las larvas migratorias, es decir las manifestaciones respiratorias, y
- 2) las producidas por los gusanos adultos.

Los síntomas más frecuentes relacionados con la presencia de *Ascaris* en el intestino son molestias vagoabdominales y dolor tipo cólico en la región epigástricas (Swarzwelder, 1946). *Ascaris* probablemente puede succionar sangre de la pared intestinal (Brown 1934). No es frecuente que la presencia de los gusanos se acompañe de digestión incompleta diarrea, en ocasiones con inflamación aguda del intestino. En los niños la presencia y la actividad de los gusanos se asocian de forma característica con la fiebre. En otras ocasiones los síntomas pueden sugerir la existencia de un tumor abdominal o de una úlcera gástrica o duodenal.

Los gusanos adultos pueden producir -- grandes ovillos que llegan a provocar obstrucción intestinal, que es lo que a veces requiere tratamiento quirúrgico.

DIAGNOSTICO

Se hace el diagnóstico localizando los huevos fértiles, los infértiles o ambos en las heces. A los gusanos adultos pueden ser identificados radiológicamente y evidentemente por la expulsión de gusanos ya sea por la boca o por el recto.

TRATAMIENTO.

FUEDE SER:

Puramente terapéutico para lo cual se utiliza más frecuentemente el citrato de piperacina, pero en ocasiones en que se -- produce alguna complicación como la obstrucción intestinal, se recomienda un tratamiento conservador que describirá posteriormente en forma más amplia.

PROFILAXIS:

Siempre que sea posible todos los -- pacientes infectados deberán recibir el tratamiento específico. Debe tenerse un lugar higiénico para recibir las excretas humanas ya sean en letrinas o ex--

cusados. Y enseñar a los niños a usarlos, -- además evitar la contaminación de los alimentos con los huevos, así como también medidas de higiene personal.

OBSTRUCCION INTESTINAL

Clasificación: Se dará un breve enfoque en lo que se relaciona a la obstrucción intestinal, haciendo énfasis a la obstrucción Mecánica que es la que más nos interesa.

DEFINICION

Detención del curso del contenido de la luz gastrointestinal de su sentido descendente, resultante de la producción de un obstáculo en el conducto intestinal como consecuencia de acodamiento del intestino, de compresión, obturación o de estrechez del mismo. Obstrucción Mecánica: (oclusión de la luz intestinal)

Han sido señalados como las causas menos frecuentes de producir obstrucción intestinal existiendo:

a) Impactación fecal: meconio, invaginación intestinal, especialmente en niños aunque su presentación en el adulto no se pueda excluir del todo, Bezoarez que es una masa de material extraño (generalmente pelos y/o fibra vegetal).

Que se observa más frecuentemente en niños y en retrasados mentales cuerpos extraños e infestaciones masivas por ASCARIS LUMBRICOIDES que en un momento dado pueden a pelotonarse y obstruir la luz intestinal.

LESIONES INTESTINALES INTRISECAS

Duplicaciones, Estenosis congenitas o adquiridas, inflamación de la pared intestinal, estrechese debido a neoplasma.

LESIONES EXTRINSECAS

Hernias inguinales, femorales, umbilicales, vólvulos o torsión de un segmento intestinal. Oclusión por adherencias debidas a cirugía anterior o inflamación. Masas extrínsecas, como neoplasias, abscesos.

ILEO PARALITICO

Trastorno secundario frecuentemente a pacientes con cirugía abdominal; puede deberse a factores metabólicos, neurógenos y de tipo humoral.

En el ileo paralítico pueden distinguirse gases en todo el intestino, inclu-

yendo también estómago y recto. Las tomadas estando de pie o en decúbito lateral muestran niveles líquidos, que indican el grado de acumulación del líquido y gas. Producen íleo paralítico la distensión de otros órganos, como uréteres, vejiga urinaria la ovulación, etc. Las fracturas de la columna, traumatismo abdominales, hemorragias retroperitoneales. De tipo metabólico la deficiencia de electrolitos y entre ellos principalmente el potasio de tipo reflejo por irritación pleural por bronconeumonía.

PATOGENIA:

El efecto inmediato es una interrupción de la vías normales de propulsión intestinal y absorción de líquido y gas. Incluso en ausencia de ingestión. Teniendo como consecuencia deshidratación, pérdida de sodio y cloruro del líquido extra celular, y desplazamiento de potasio desde el líquido intracelular al extra celular para compensar la pérdida de potasio por el intestino.

Pueden ocurrir vómitos reflejos debido a la misma distensión; además disnea, ya que el aumento de la presión intra-abdominal empuja el diafragma hacia la cavidad torácica, impidiendo de esta manera la expansión pulmonar.

La estasis dentro del intestino es causa de proliferación de bacterias absorción de indoles y otros de sus productos metabólicos, y acumulación de gas producido por lo mismo proliferación difundición desde el torrente vascular y deglución de aire. La deglución resultante del intestino es causa de un aumento peligroso de la presión intraluminal, especialmente en casos de obstrucción de asas cerradas a consecuencia de hernias o vólvulos. El riego de la mucosa está disminuido por la compresión extrínica de los vasos mesentéricos. La obstrucción mecánica del intestino delgado, suele manifestarse primero por dolor epigástrico o periumbilical de tipo cólico y vómito, el examen temprano del abdomen puede demostrar aumento de timpanismo con poca distensión, y los ruidos intestinales están característicamente hiperactivos, de tono alto, coincidiendo con los episodios de dolor; cuanto más alta la obstrucción, más frecuente e intenso el dolor, y más elevado el tono de los ruidos pueden eliminarse heces fluidas y gases antes de establecerse la obstrucción. Cuando es baja la distensión es más poniente y el vómito puede tardar en aparecer, el cuadro puede simular heces diluidas, por el olor y el aspecto resultado de la

proliferación bacteriana a consecuencia de la estasis en la luz intestinal. En la etapa tardía el dolor es continuo, hipersensibilidad creciente a la presión y al rebote, rigidez de abdomen y signos hipovolemia indican la estrangulación del intestino.

En la obstrucción por estrangulación, lo que se altera principalmente es la circulación sanguínea, aunque está también se ve alterada cuando hay distensión sostenida del segmento obstruido, o cuando hay presión intraluminal sobre del intestino, por ejemplo bezoarse o cálculo biliar gigante, u OVILLOS de ASCARIS.

Debido a la falta de irrigación sanguínea se produce isquemia, necrosis y luego gangrena, hasta llegar a producir perforación complicando el cuadro gastro intestinal con peritonitis.

VI OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS)

Cuando hay gusanos adultos en el intestino, la infección suele acompañarse de dolores abdominales de tipo cólico y cierta distensión del abdomen. Estos gusanos adultos pueden producir complicaciones -- por efecto mecánico dentro del tubo digestivo, o por desplazarse fuera del mismo; más raramente, en virtud de manifestaciones alérgicas en un huésped sensibilizado.

La obstrucción intestinal por ascaris que es en si una obstrucción de tipo mecánico, provoca acción exfoliadora, traumática, isquémica, infecciosa, tóxica, irritativa e inflamatoria de la mucosa intestinal, al igual que los otros tipos de obstrucción descritos anteriormente.

Se puede mencionar a la acción exfoliadora, tóxica, traumática e infecciosa como la mecánica, irritativa inflamatoria se agregan a patología de otra índole como lo observamos en nuestros casos -- que se asociará bandas congénitas a diferenculo de Meckel, a volvulos del intestino y en uno de ellos con persistencia del conducto onfalomesentérico que sirvió de eje para la rotación de una estrangulación intestinal sobrecargada. Debido a

las extrañas que se absorben por la mucosa intestinal, los individuos pueden presentar cuadros de sensibilización con toxinas generalizadas, o síntomas nerviosos como insomnio contracciones musculares, inquietud y aún, -- manifestaciones análogas a meningitis y paraplejia. Los metabolitos del áscaris producen urticaria, asma bronquial, conjuntivitis fotofobia y algunas veces hematuria.

Aún cuando los gusanos causan daños escasos o nulos, los productos de ellos estén vivos o muertos, pueden provocar manifestaciones "tóxicas" en personas sensibilizadas, como además facial urticaria gigante, acompañados de insomnio, pérdida del apetito y de peso.

Las larvas migratorias que alcanzan la circulación general y que migran a través de los capilares del cerebro y del globo ocular pueden provocar síntomas transitorios como meningitis, epilepsia, retinitis y además -- papilebral.

Una vez que la larva llega al intestino delgado y se transforma en gusano adulto, -- puede producir una lesión traumática y tóxica. Esto puede ser debido a la presencia de masas de gusanos entrelazados o gusanos -- aislados que se acomodan en lugares específicos, o bien a la perforación de la pared del

intestino o incluso a la penetración de los tejidos en un foco ectópico. Durante la migración larvaria puede producirse una sensibilización, susceptible de intensificarse durante las reinfecciones (Jung, 1953).

Las toxinas que el áscaris produce van desde el orden anafilácticas, neurotóxicas, hemolíticas, hasta endocrinotóxicas. La toxemia es producida por la absorción sistemática de productos de excreción de gusanos vivos y muertos a los que muchas personas son sensibles. Es indudable que muchos gusanos en el intestino delgado del niño interfieren en la nutrición del paciente al utilizar alimentos semidigeridos.

PATOLOGIA, SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS CLINICOS DE LA OBSTRUCCION

Los síntomas más frecuentes relacionados con la presencia de *Ascaris* el intestino son molestias vagoabdominales y dolor tipo cólico en la región epigástrica (Swartzwelder, 1946). No es infrecuente que la presencia de los gusanos se acompañe de digestión incompleta y diarrea, en ocasiones con inflamación aguda del intestino. En los niños la presencia y la actividad de los gusanos se asocian de forma característica con la fiebre. En

otras ocasiones los síntomas pueden sugerir la existencia de un tumor abdominal, o de una úlcera gástrica o duodenal.

Se ha descrito también que los pacientes pueden presentar dolor tipo cólico, localizado principalmente en la región epigástrica, con estimulación vago abdominal, diarrea, inflamación aguda del intestino, náuseas, vómitos, sensación de pesadez, meteorismo, hipotermia, pulso filiforme. Los grandes ovillos de áscaris pueden semejar, a la palpación, la presencia de masa tumoral abdominal.

En opinión expresada en un trabajo nacional, (García Guilliolli), responsabiliza a la isquemia encontrada en la distensión de las los lugares en donde se produjo la perforación y migración de áscaris al peritoneo. Así mismo existen referencias (Brumpton u Guiart) que sustentan la perforación con paredes sanas del intestino, sin embargo en nuestros casos se encontró la isquemia y sobre la distensión como causa asociada con más frecuencia. También es digno mencionar la perforación en casos en que se ha comprobado enteritis y tuberculosis, que permiten ver áscaris libres en el peritoneo.

También cabe señalar la importancia de un factor en la patogenia de la obstrucción

intestinal por áscaris, los cuadros descadenados después de diarrea infecciosas que ocasionando hipermotilidad intestinal aglomeran a los vermes en determinado lugar del intestino condicionado a patología agregada (divertículo, banda congénita, etc.)

Los áscaris erráticos que llegan a focos anormales provocan síntomas agudos entre los que cabe mencionar; el íleo, que resulta de la obstrucción mecánica por masa de gusanos entrelazados, la perforación intestinal principalmente a nivel de la región en que se encuentra la válvula ileocecal; apendicitis aguda, con un gusano en la luz apendicular; diverticulitis; trauma gástrico o duodenal, que semeja la úlcera péptica; bloqueo de la ampolla de Vater o del conducto biliar común; establecimiento de una masa de gusanos en el parénquima del hígado; pancreatitis hemorrágica; empiema pleural, gangrena pulmonar, obstrucción de la laringe; perforación esofágica; implicación del aparato genitourinario por hembras y machos, e invasión del corazón.

La necropsia de un niño vietnamita de 4 años de edad reveló la presencia de muchos (40) gusanos adultos en el

intestino y 14 en los conductos biliares. El hígado contenía larvas y huevos en varios estados de desarrollo; también se identificaron larvas en los pulmones y el corazón, lo que sugiere la posibilidad de que los adultos migratorios hayan podido depositar huevos en el hígado, los cuales desarrollaron y embrionaron (Phan Trinh, 1965).

Un bolo de Ascaris puede ser causa frecuente de obstrucción intestinal en los niños en una zona endémica. Al operar en el intestino hay que excluir siempre una infección de Ascaris, porque estos gusanos son difíciles controlar una vez abierto el intestino y pueden producir gran polución del peritoneo. La migración de los gusanos adultos puede tener lugar espontáneamente o después de un estímulo como la fiebre o el tetracloroetileno. Los Ascaris adultos pueden perforar una línea de sutura o causar una obstrucción de vías biliares o pancreáticas. En ocasiones emigran el estómago y son vomitados, o pasan al intestino grueso y se eliminan con las heces.

DIAGNOSTICO

A pesar de la bien conocida frecuencia con que se presenta el parasitismo en nuestro medio, se da muchas veces el caso de que el diagnóstico se haga en la sala de operaciones, a pesar de que existen muchos medios para llegar a él.

El presentarse un paciente con cuadro clínico de obstrucción intestinal por áscaris, en un paciente que se examina de urgencia, como en toda enfermedad se debe obtener los siguientes elementos;

A.- Historia Clínica; en los cuales se recabarán datos de hábitos higiénicos y antecedentes de haber expulsado gusanos por la vía oral o rectal. Tiempo de Evolución.

B.- Síntomatología: Dolor en regiones epigástricas, vómitos etc

C.- EXAMEN FISICO: Debemos tener en cuenta que el tiempo de evolución y las condiciones del abdomen, así como la presencia de masa palpable. El tiempo de evolución es de vital importancia para decidir si al paciente se le dará la oportunidad --

del tratamiento médico, o bien si las condiciones generales del paciente se suman - condiciones abdominales, el tratamiento se rá quirúrgico de inmediato.

D.- ESTUDIO RADIOLOGICO: En la placa vacía - de abdomen, cuando se sospecha obstrucción por áscaris, se puede observar imágenes más luminocentes, en forma de pequeños círculos cuando los rayos los enfocan transversalmente o en forma cilíndrica cuando los enfocan longitudinalmente.

E.- LABORATORIO: El Examen de Heces se utiliza como complemento, o para confirmar el -- diagnóstico, en que se da con frecuencia -- una mala información sobre la historia clínica.

La mayoría de pacientes llegan a la emergencia de los hospitales ya con obstrucción -- establecida y con varias horas de evolución de los síntomas, deshidratados y en malas -- condiciones nutricionales, pudiendo efec -- tuar en algunos casos únicamente estudio ra diológico.

Algunos autores (Guilliano) aconseja la administración oral de barios para hacer el -- diagnóstico al ingerir los parásitos bario, -- viendose, aproximadamente cuatro horas después, el medio de contraste en el intestino del para

sito, que de imagen conocida como riel de ferrocarril.

Ultimamente se ha venido desarrollando la prueba intradérmica con antígeno de áscaris muertos, ya que se ha observado una reacción positiva en todos los casos de ascariasis, así como en personas con antecedentes de ésta infección. Esto es de gran valor en estudios epidemiológicos.

TRATAMIENTO:

Se aconseja el siguiente tratamiento para la Obstrucción por Ascaris, inicialmente un tratamiento conservador con aspiración nasogástrica, líquidos intravenosos y terapéutica de piperacina, que debe ensayarse durante 48 horas. Si no hay mejoría recurrir a tratamiento Quirúrgico.

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

El tratamiento médico consiste en corregir el estado general del paciente reponiendo líquidos y electrolitos, por medio de soluciones intravenosas adecuadas; succión nasogástrica para dominar así la distensión intestinal, extraer el líquido secuestrado que de ninguna manera podrá absorberse y también evitar las neumonías

por aspiración. Antibiótico si existieran cuadros fértiles o tóxicos producidos por bacterias. Transfusiones sanguíneas para mejorar el hematocrito y la oxigenación tisular. Enemas salinos para tratar de movilizar los áscaris y de esta manera, tratar de reducir la obstrucción establecida. -- Usualmente, después de 4 a 6 horas de succión nasogástrica, el vómito desaparece y entonces puede dejarse jarabe de citrato de piperacina por la sonda, para que caiga lentamente por gravedad. La succión se suspende por una o dos horas después de administrar la droga la dosis inicial de piperacina es de 150 mg por kilogramo de peso con un máximo de 3 gramos (30ml de jalea). Luego se administran 65 mg., de piperacina por kilogramo con un máximo de 1 grado (10 ml), lo cual se suministra cada 12 horas por seis dosis. Si no hay vómitos y la succión no es necesaria se puede dar la droga por la boca. En tales casos, la dosis inicial es de 150 mg por kilogramo de peso, la siguiente será de 65 mg/kg, y se dará nuevamente 24 horas después (en vez de 12 horas) y se repetirá en intervalos de 12 horas por 6 dosis. Al pasar el cuadro agudo, las heces deberán examinarse nuevamente y, así la infección persiste, se tratará como en los casos complicados de las ascaridiasis. Esto se lleva a cabo en pacientes con periodo de evolución corta o sea que el tipo de obstrucción es parcial.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

En caso de un retardo en las evacuaciones o agravamiento del cuadro general toxicidad, obnubilación, aparecimiento de defensa abdominal o exacerbación de la distensión que progresó durante esta prueba terapéutica, el paciente deberá considerarse como candidato al tratamiento quirúrgico.

La cirugía va encaminada a la localización del área obstruida, a la eliminación de la causa y restablecer la continuidad intestinal. El procedimiento quirúrgico variará de acuerdo al estado funcional del intestino.

Si en el área de la obstrucción se encuentra además e inflamación pero sin compromiso vascular, se precede a empujar el nudo de áscaris a un segmento del intestino dilatado pero que no se encuentre inflamado y se precederá a la extracción de los áscaris por medio de una enterostomía, la cual se hará en sentido lineal y antimesentérico.

En pacientes que consultan con más de ocho horas de evolución y condiciones graves, se recomienda, Succión nasogástrica, soluciones intravenosas, hemoglobina y hematocrito, superar el uso de

transfusión y prepararlo para la parotomía exploradora y no esperar más.

El procedimiento quirúrgico empleado es el de la laporotomía exploradora con alineamiento de los áscaris, tratando de deslizarlos al ciego con maniobras suaves para no lesionar al intestino; en casos de que el ovillo sea muy voluminoso y no se pueda efectuar la maniobra antes mencionada, se debe hacer enterostomía y extracción de los áscaris mediante pinzas.

En casos de que exista un compromiso circulatorio, debe de resecarse el segmento del intestino que alberga el paquete. Se podrá efectuar colostomía si fuera necesario, para disminuir la distensión intestinal, o también se puede efectuar decompresión previa por medio de trócar, ya que es más fácil manipular el intestino colapsado; al adoptar su posición fisiológica, podrá recobrar su actividad normal.

Se recomienda dejar tratamiento de antihelmíntico por 4-7 días, ya que pueden haber áscaris en todo el trayecto intestinal, las dosis varían de acuerdo al peso.

Es necesario efectuar exámenes de heces periódicamente, para ver si aún se encuentran huevos de áscaris que posteriormente, puedan infestar de nuevo al individuo. En al

gunas ocasiones se han presentado pacientes que a pesar del tratamiento presentaron huevos después de un examen de heces a la tras semanas por lo que se recomienda continuar el tratamiento por 5 días más, conociendo su acción farmacológica, ya que las dosis no son tóxicas. Las dosis máximas son de 151 mgs. en 4-7 días.

El citrato de piperacina es el producto de elección para tratar infestaciones con Ascaris. A continuación, se indican las dosis que se deben emplear:

De 8 a Kgs...2.5 cc. por
vía oral=dos
veces al día.

De 17 a 32 Kgs.....5cc. por vía
oral dos veces
al día.

MAS de 32 Kgs.....10 cc. por vía
oral tres ve-
ces al día.

Algunos emplean la dosis de 5 cc. por
vía oral 3 veces al día por 5 días.

VII. PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS)

De 81,766 historias revisadas, correspondiente al período comprendido de enero de 1976 a diciembre de 1980, se encontraron -- 1,197 casos que consultaron por parasitismo Intestinal y 12 casos con diagnóstico clínico de Obstrucción Intestinal por Parasitismo. Que corresponden a 1.00 % de todas las consultaron y sus promedios del paciente cada 6 meses.

Después del análisis de cada historia clínica, se encontraron los datos que a continuación se expone.

CUADRO No. 1

EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL
POR PARASITISMO (ASCARIS) ATENDIDOS -
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO
DE 1976-80.

Lugar de Origen	No .Casos	%
Nuevo San Carlos		
Reu.	1	8.33
Puerto Champerico		
Reu.	1	8.33
San Pablo Jocopilas	1	8.33
Sta. Barbara	2	16.66
Sto. Domingo	2	16.66
Sn. Francisco Zap.	1	8.33
Aldea Brazitos	1	8.33
MAZATENANGO	3	25.00
TOTAL	12	99.97-100%

En el cuadro anterior se puede observar que la mayor población que acude a consulta por problemas de ésta naturaleza es de áreas marginadas, sí lo tomamos de forma global; consultaron 9 pacientes de lugares aledaños y únicamente 3 - pacientes de la cabecera que hace un 25% del total de pacientes que consultaron.

Aunque muchas veces considero, que - hay personas que por sus mismos recursos

socio-económicos, es muy difícil recurrir a un Centro Hospitalario y quizá, cierta tasa de mortalidad contribuya a esto.

CUADRO No. 2

DIVISION POR SEXO

EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR
PARASITISMO (ASCARIS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
DE MAZATENANGO DE 1976-80

Sexo	No. Casos	%
MASCULINO	7	58.33
FEMENINO	5	41.66
TOTAL	12	100.00

Observamos que los 12 casos que constituyen el 100% con diagnóstico clínico de Obstrucción Intestinal por Parasitismo, 7 casos o -- sea 58.33% corresponden al sexo masculino, -- mientras que un número de 5 casos que es un -- 41.66% corresponden al sexo femenino. Comprobándose la mayor frecuencia se llevó a cabo en pacientes de sexo masculino.

Aunque la literatura no reporta ningún porcentaje mayor en ninguno de los dos sexos, de padecer más frecuentemente Parasitismo Intestinal o sus complicaciones:

CUADRO No. 3
FRECUENCIA POR EDAD

EN PACIENTES QUE CONSULTARON POR OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO 1976-80

Grupo de Edad	Total	%
0-10	4	33.33
11-20	4	33.33
21-30	2	16.66
31-40	2	16.66
41-50	0	
TOTAL	12	100

Se observa en el cuadro anterior que la edad que más fué afectada, es la que comprende entre la primera y segunda década de la vida aunque la literatura, - reporta que la mayor frecuencia a infección por parasitismo es de 1-5 años y - escolares jóvenes.

CUADRO No. 4

TIEMPO DE EVOLUCION

AL MOMENTO DE LA CONSULTA HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO 1976 - 1980

Periodos	No. Casos	%
0-6 Horas	1	8.33
7-24 Horas	2	16.66
1- 3 Días	4	33.33
4 -8 días	1	8.33
1 -2 Semanas	0	00.00
3 -4 Semanas	0	00.00
Sin Poder determinar tiempo de evolución	4	33.33
TOTAL	12	100.00

Este cuadro nos indica que el mayor número de pacientes es de 4 que corresponde a un 33.33% o sea que habían transcurrido de 1 a 3 días, lo que nos indica que el tipo de obstrucción por parasitismo fué de tipo severo, - por qué según, referencia de literatura, todo caso de obstrucción con signos y síntomas de obstrucción, debe tratarse quirúrgicamente y no demorar más el tratamiento del paciente.

CUADRO No. 5

SINTOMAS MAS FRECUENTES PRESENTADOS POR PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL. HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO. 1976- 1980

Síntomas	No	Casos	%
DIARREA	3		25.00
DOLOR TIPO			
COLICO	12		100.00
NAUSEA	3		25.00
VOMITOS	4		33.33
SENSACION DE			
PESADEZ	9		75.00
FIEBRE	5		41.66
CEFALEA	6		50.00
DIFICULTAD PARA			
DEFECAR	3		25.00
CALAMBRES	2		16.00
VOMITOS CON			
EXPULSION/ASCARIS	8		50.00
ARDOR GASTRICO	2		16.66
ESTREÑIMIENTO	2		16.66

En el cuadro No 5 se puede observar que el síntoma más frecuentemente observado es el dolor tipo cólico en epigástrico en su origen y que después se generaliza, correspondiendo a 12 que equivale a un 100%. Al seguir analizando los resultados se puede comprobar que todos

estos síntomas se presentan en pacientes con obstrucción intestinal por Ascaris, ya que estos, fueron descritos por la literatura.

CUADRO No. 6

HALLAZGOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO. 1976 - 1980.

PRESION ARTERIAL	No.	Casos	%
Alta	0		00.00
Baja	1		8.33
Normal	2		16.66
No Anotada	9		41.66
TOTAL	12		100.00
TEMPERATURA			
Alta	4		33.33
Baja	1		8.33
Normal	2		16.66
No Anotada	5		41.66
TOTAL	12		100.00

En los cuadros anteriores se puede observar que un 41.66% de los pacientes no se les anotó presión arterial y temperatura, siendo básicamente muy importante, ya que los pacientes que

consultaron por obstrucción intestinal - pueden ir asociadas a otras patologías.

CUADRO No. 7

HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO EN PACIENTES - CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) HOSPITAL NACIONAL DE MAZATE NANGO 1976 - 1980.

EXAMEN FÍSICO	No. casos	%
Dolor en región de Epigástrico	5	41.66
Masa Abdominal	3	25.00
Dolor generalizado Abdomen	8	66.66
Distensión Abdominal	5	41.66
Defensa Muscular	4	33.33
D. H. E.	4	33.33
Timpanizado	2	16.66
TACTO RECTAL	No. Casos	%
Ampolla Vacía	3	25.00
Palpación de Masa	2	16.00
No se efectuó	7	58.33
RUIDOS INTESTINALES	No. Casos	%
Metalicos	2	16.66

Continuación Cuadro

Ausentes	5	41.66
Disminuidos	2	16.66
No Anotados	3	25.00
SIGNOS	No. Casos	%
Rebote Positivo	3	25.00
Punto de MacBurney	1	8.33
Moldeamiento de Esa Intestinal	4	33.33

Se observa en el cuadro anterior -- en lo que respecta al examen físico se -- presentó 66.66% de 8 casos, como uno de -- los signos más constantes en lo que se re -- fiere a los pacientes que resultan con -- abdomen agudo. Como se describe en la li -- teratura, que existe un dolor agudo en abdo -- men, que se inicia en región epigástrica y -- que posteriormente puede ser generalizado -- en el abdomen o que se localiza en algún -- cuadrante abdominal.

En lo que respecta al tacto rectal, es -- un examen muy importante en los cuadros agu -- dos de trastornos abdominales y según la -- investigación se ve en 7 de los casos no se

efectúo o no se anotó, lo que hace un 58.33%, o sea que no se le da mayor importancia,, pudiendo ser de gran valor diagnóstico.

En lo que respecta a la característica de los ruidos intestinales, se observa que en 5 casos o sea 41.66%, se presentó ausencia de los ruidos; como lo describe la literatura, y que también se encuentran las otras características de los ruidos; esto dependiendo del nivel en que se encuentre la obstrucción intestinal.

Los signos encontrados, también pueden ser muy frecuentes en pacientes con obstrucción intestinal por áscaris. Se puede observar que se encontró 3 casos que son un 25% con signos de abdomen agudo, y que los signos son característicos de abdomen agudo; cuando se apalotan los Ascaris en el intestino, provocando masa palpables o se moleamientos del intestino; como se encontró en la revisión de literatura.

CUADRO No. 8

DATOS DE LABORATORIO

EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO DE 1976 - 1980.

ESTUDIO	No. Casos	%
Hematología		
Normal	5	41.66
Hematología		
Menor 8 grs.	7	58.33
Leucocitosis	5	41.33
Neutrofilia	2	16.66
Eristrosedimentación		
Aumentada	2	16.66
HECES POSITIVO		
ASCARIS	No. Casos	%
Positivo	11	91.66
No se obtuvo	1	8.33
Flora Normal	4	33.33
Flora Aumentada	8	66.66
RAYOS X DE ABDOMEN		
	No. Casos	%
Placa Simple	12	100.00
Con Medio de Contraste (BARIO)	5	41.66

En lo que respecta a lo observado en el cuadro con respecto a los datos de laboratorio

rio, se observa que 7 casos que son equivalentes a 58.33% de las consultas presentaron baja hemoglobina y hematocrito, por -- ser característico en la población, problemas socio-económicos, y por ende mala nutrición, también se puede observar, que -- algunos casos presentaron aumento de glóbulos blancos,, y que únicamente 2 casos presentaron aumentada la eritrosedimentación. Aunque no se encontró ninguna referencia -- al respecto en la literatura revisada, en lo que respecta a obstrucción intestinal -- por parasitismo. Se muestra que estos -- laboratorios se obtuvieron, como rutina.

Con respecto al estudio radiológico, -- se puede observar que se efectuó el estudio en 7 pacientes, que son 58.33% de los casos y en el fué una contribución al -- diagnóstico, como lo refieren los datos -- bibliográficos investigados. En el se -- recomienda también el estudio con bario, -- del cual también se efectuaron, estudios -- como ayuda diagnóstica. En el cual el -- análisis de las historias clínicas, se -- observaron que si existía obstrucción de tipo mecánico, por bezoares o sea el -- acumulo masivo de Ascaris en la luz intestinal, de los 5 casos estudiados.

CUADRO No. 9

PESO DE LOS PACIENTES

CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATE NANGO DE 1976 - 1980.

DEFICIENCIA DE PESO	No. Casos	%
0- 5 %	2	16.66
6-10 %	4	33.33
11-15 %	2	16.66
16-20 %	1	8.33
21-25 %	1	8.33
26-30 %	1	8.33
No fue Pesado	1	8.33
TOTAL	12	100.00

En el cuadro anterior se puede observar -- que se presentaron deficit de peso en diferentes porcentajes, pero que todos los casos -- presentaron deficiencia al momento del ingreso Presentandose 4 casos que son 33.33% de los -- estudiados con Desnutrición Grado II.

CUADRO No 10

TRATAMIENTO DE INGRESO EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO 1976 - 1980.

CONDUCTA	No. Caso	%
Reposo	12	100.00
N. P. O.	12	100.00
Suscción Naso gástrica	12	100.00
Soluciones I. V.	12	100.00
Antiespasmódicos	3	25.00
Enemas	5	41.00
Piperacina	3	25.00
Antibióticos	3	25.00

Como se puede observar en el cuadro anterior, en el cual en un 100% de los casos se trató de manera conservadora a todos los pacientes que a su ingreso - presentaron cuadros de abdomen agudo, - por obstrucción intestinal por áscaris. De los cuales en tres casos se utilizó tratamiento médico para su resolución, no encontrándose la causa del porque se siguió esta conducta. Evidenciándose manifestar al final que únicamente se resol

vieron 2 casos con tratamiento médico y el - resto fue quirúrgico.

CUADRO No. 11

TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO 1976 a 1980.

TRATAMIENTO	No. Casos	%
Laparotomía	10	83.33
Médico Conservador	2	16.66
TOTAL	12	100

Según se observa en el cuadro anterior, 10 casos de los cuales son un 83.33%, fué solucionado por tratamiento quirúrgico, en muchos de los cuales el diagnóstico fue hecho en sala de operaciones. En la mayoría de estos casos -- fueron operados después de 1- 2 días; de su ingreso. En lo que respecta a la literatura revisada; aconseja el tratamiento quirúrgico, sin perder más tiempo, y cuando la evolución del -- cuadro mayor a 8 horas de evolución y en pacientes que la obstrucción en parcial, si se recomienda un tratamiento conservador.

CUADRO No. 12

HALLAZGOS OPERATORIOS
EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL
POR PARASITISMO (ASCARIS) EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE MAZATENANGO 1976 - 1980

HALLAZGOS	No. Casos	%
Con cambios		
Vasculares	2	16.66
Sin cambios		
Vasculares	8	66.66
Perforación	2	16.66
Estenosis Pílorica	3	25.00
Hepatomegalia	1	8.33
Dilatación del		
Coledoco por Ascaris	1	8.33
Atresia	1	8.33
Duplicación	1	8.33
Invaginación	1	8.33
Ascaris en la Luz		
Intestinal	10	100.00

En el cuadro anterior se puede observar, los cambios que producen los ovillos de Ascaris y las complicaciones al producir obstrucción mecánica del intestino. Es de importancia mencionar lo referente a la literatura en lo que se refiere a los cuadros desencadenados después de -

díarrea infecciosas que ocasionando hipermotilidad intestinal aglomeran a los vermes en determinado lugar del intestino condicionado a patología agregada.

Se reportó que en todos los casos en los que se efectuó laparotomía exploradora, se encontró en forma masiva grandes cantidades de áscaris, provocando la obstrucción mecánica del intestino.

CUADRO No. 13

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL POR PARASITISMO (ASCARIS) HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO. 1976 1980

COMPLICACIONES	No. Casos	%
Díarrea	6	60.00
Vómitos	4	40.00
D. H. E.	4	40.00
Anemia	3	30.00
Infección de Herida		
Operatoria	1	10.00

En el cuadro anterior se demuestra, que dentro de los hallazgos post-operatorios, - 6 casos de un 60 % de las consultas presen-

tadas y que recibieron tratamiento quirúrgico. Comprobándose que según revisión de literatura indica que no se infrecuente que la presencia de los gusanos se acompañe de digestión incompleta y diarrea, en ocasiones con inflamación aguda del intestino. De las complicaciones anteriores todas fueron resueltas en término de 8-10 días sin mayores problemas.

CUADRO No. 14

TIEMPO DE HOSPITALIZACION
DE PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL
POR (ASCARIS) EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE MAZATENANGO 1976 - 1980

PERIODO	No. Casos	%
0 - 12 Horas	0	0
13 - 24 Horas	1	8.33
25 - 48 Horas	1	8.33
49 - 3 Días	2	16.66
4 - 8 Días	2	16.66
1 - 2 Semanas	5	41.66
2 - 4 Semanas	1	8.33
TOTAL	12	100

En el cuadro anterior se puede observar que 5 casos de un 41.66% siendo

estos casos tratados quirúrgicamente y los otros sedieron un tratamiento médico.

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- De las 81,766 historias clínicas correspondientes al periodo de 1976-80 1,197 casos consultaron por Parasitismo Intestinal correspondiente a 12 casos con el diagnóstico de Obstrucción Intestinal por Parasitismo (Ascaris) Lo que nos demuestra que cada 100 pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital Nacional de 1976 a 1980, 1,00 % presentaron este diagnóstico y comprende un promedio de pacientes cada 6 meses.
- 2.- Con respecto al sexo, comprobamos -- en comparación con otros estudios -- que no se le da importancia. Pero -- que en nuestro estudio es el más -- afectado fué el MASCULINO, correspondiendo en nuestra investigación a un 58.33%.
- 3.- Con respecto al lugar de procedencia la mayor frecuencia fué de lugares aldeanos y de áreas marginales y de condiciones socio-económicas bajas, -- que en total hacen un 75% de las -- consultas por esta patología en --- nuestro estudio.

- 4.- La edad más frecuentemente afectada, es la comprendida entre la primera y segunda década de la vida. Aunque se reporta que la mayor frecuencia a infecciones por parásitos es de 1-5 años y escolares jóvenes.
- 5.- En lo que respecta al tiempo de evolución al momento de la consulta correspondió a un periodo de 1- 3 días que corresponde al 33.33% de las consultas, infiriendo con ello que el tipo de obstrucción fue severo. Al compararlo con la literatura revisada.
- 6.- Con respecto a los síntomas se pudo observar, que el más frecuente el dolor cólico a nivel de epigástrico, que correspondió a un 100% de los casos y que resto de los síntomas que se presentaron si estan reportados por la literatura.
- 7.- En lo que respecta a los hallazgos con relación a signos vitales se pudo observar que un 41.66% de los casos no se les anotó presión arterial y temperatura, siendo básicamente muy importante que los pacientes que consultaron por esta patología -- pueden presentar además otra complicación.
- 8.- En lo que respecta al examen físico se observó que un 66.66 de los casos presentó

los hallazgos característicos del cuadro obstrutivo por áscaris, como lo reporta la investigación bibliográfica.

- 9.- En lo que respecta al tacto rectal, es un exámen muy importante en los trastornos abdominales y según la investigación. Un 58.33 de los casos no se le práctico o no se anotó.
- 10.- En lo que caracteriza a los ruidos intestinales, se presentó un 41.66% de los casos en nuestro estudio con ausencia de ruido como describe la literatura investigada.
- 11.- En lo que respecta los datos de laboratorio, se observó un 58.33% de los casos que presentaron hemoglobina y hematocrito bajo por ser característico en la población con problemas socio-económico. También se observó que un 91.66% de los casos de nuestro estudio presentaron positivo el exámen de heces a Ascaris, lo que confirma el diagnóstico, de algunos pacientes además de comprobar en sala de operaciones.

- 12.- Con respecto al estudio radiológico, se puede observar, que en un 58.33% se efectuó el estudio. Según reporte bibliográfico recomienda el estudio con bario, del cual se hizo a 5 pacientes, en el cual se comprobó que existía obstrucción de tipo mecánico.
- 13.- En relación al peso de los pacientes; se presentó déficit de peso en diferentes porcentajes, pero que todos los casos presentaron deficiencia al momento del ingreso. Presentandose un 33.33% de los casos con desnutrición Grado II.
- 14.- En lo que se observa al tratamiento de ingreso, se comprobó que un 100 % de los casos de trato de manera conservadora a todos los pacientes que a su ingreso presentaron un cuadro de abdomen agudo, por obstrucción intestinal por áscaris.
- 15.- En relación al tratamiento de los pacientes se comprobó que un 83.33% de los casos fué solucionado por tratamiento quirúrgico en muchos de los cuales el diagnóstico fué hecho en sala de operaciones. Siendo operados 1- 2 días después de su ingreso.

En lo que respecta a los hallazgos operatorios el 100% de los casos se encontró con obstrucción masiva de Ascaris, y en 16.66 de los casos se encontró compromiso vascular.

- 17.- En relación a las complicaciones post-operatorias; se observó que un 60% de los casos presentaron diarrea y que además presentaron otras leves complicaciones debidas a la obstrucción producida por los áscaris según se comprueba al referir la literatura que la presencia de gusanos se acompaña de digestión incompleta y diarrea, en ocasiones inflamación aguda del intestino.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.- Recomendar a cada uno de los pacientes tener un lugar higiénico para recibir las excretas humanas ya sea en letrinas o excusados. Y enseñar a los niños a usarlos, además evitar la contaminación de los alimentos así como también medidas de higiene personal.
- 2.- Anotar todos los datos necesarios en las historias clínicas, para no caer en confunciones y que además evitar posteriormente son de suma importancia para el seguimiento de casos de pacientes.
- 3.- Tomar todos los signos vitales a todos los pacientes y anotarlos considerando los importantes en el pronóstico y estado de cada uno de los pacientes que consultan por diferentes patologías.
- 4 - En los pacientes con obstrucción intestinal por Ascaris, efectuar una buena historia clínica y darle mucha importancia al tiempo de evolución así como también un concienzudo examen físico y auxiliarse con Rayos X y Laboratorio para descartar otras patologías.

- 5.- Con respecto a la conducta a tomar - en los pacientes que presentan obstrucción intestinal por *Ascaris*, se recomienda un tratamiento Médico con servador no mayor de 10 horas y adoptar una conducta de tratamiento quirúrgico sin mucha demora ya que está en juego la vida de un paciente o -- una mayor complicación.
- 6.- Efectuar exámenes de heces periódicos y si fueran positivos dar tratamiento con antielmínticos en todos los pacientes y también en los pacientes -- y también en los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar, Francisco. Ascariasis, Importancia- Tratamiento. Revista Colegio Médico de Guatemala. 8 (1): 34-37. Marzo de 1957.
- 2.- Aguilar Francisco. Helmintología Médica Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. 1964.
- 3.- Bronw "Parasitología Clínica" 4a. Edición Editorial Interamericana 1977. Pag. 118-122.
- 4.- Cecil-Loeb. Nematelmitos áscaris tratado de Medicina Interna México. Nueva Editorial Interamericana, 1970 pp 618-22.
- 5.- Cecil-Loeb Obstrucción Intestinal tratado de Medicina Interna México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. 1970 1012-1014 12 Edición.
- 6.- Craing y Fanot "Parasitología Clínica. Barcelona Madrid Editorial. Salvat, 1974 pp 355-343 1a. Edición.
- 7.- Craig Faust Helmitos e Infecciones helmínticas Parasitología Clínica México Edito-

- rial Uhea, 1951 pp 255-262.
- 8.- Crig, Charles. F. Faust-Ernest C. Faratitología Clínica México, Utehea 1951, pp 321-330 747-748.
 - 9.- Caballeros Estrada Julio. Obstrucción Intestinal por Ascaris Revisión de 13 casos San Juan de Dios Tesis Universidad de Sn. Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1974.
 - 10.- Cuyun Rivera Lilia Mercedes "Invaginación Intestinal" Revisión de casos 1973-1978. En el Hospital Nacional de Mazatenango. Tesis de Graduación 1978.
 - 11.- Davis Cristopher "Obstrucción Intestinal. Tratado de Patología Quirúrgica México Editorial Interamericana S.A. 1974 pp 832- 840 10a. Edición.
 - 12.- Gonog. Wiliam F. Manual de Fisiología Médica 3a. Edición Editorial El Manual Moderno S.A. México 11 D.F. --- "Obstrucción Mecanica del Intestino-Delgado pp 412-416.

- 13.- Goldeck Hans Manual de Diagnóstico Diferencial Abdomen Agudo Edición Estory. S.A. Barcelona. 1961.
- 14.- Guiliano Alfredo Clínica y Terapéutica Quirúrgica Urgencias en Cirugía, El -- Ateneo, 1966 pp 755=757.
- 15.- Carlos Guilloli Ramiro. Obstrucción Intestinal con perforación debida Ascaris Revista del Colegio Médico de Guatemala. 77-78 Junio 1957.
- 16.- Harrison. Medicina Interna 4a. Edición 1973 México Prensa Médica Mexicana.
- 17.- Kolmer J.A. Diagnóstico Clínico por análisis de laboratorio 3a. Edición Traducida por el Doctor A. Méndez México D.F. Editorial Interamericana. 1963.
- 18.- Kouri Pedro. Lecciones de Parasotismo y Medicina Tropical II Helmitología Humana 2a. Edición la Habana A Muñiz y Hermano 1943 pp 35-71.
- 19.- Maldonado. J.F. Helmitiasis del Hombre en America Barcelona Editorial Científica-Médica.
- 20.- O. M. S. 1968 Lucha contra la Ascaris;

Crónica de la OMS Volumen 22 No. 4
pp 174-178.

21.- Orla Vielman Francisco. "Conducta
a seguir en pacientes con Obstruc-
ción por Ascaris" Tesis de Grada-
ción 1969.

22.- Semana Médica de Centro América y
Panama, ASCARIASIS HEPATICA por los
doctores. Gerardo Robles.
Joaquín Cabrera Juárez.
Octubre 15 de 1980 AÑO XVI Volumen
XXXI Número (19) 450 pp 437 440.

23.- Sufián, Shekeel y Terus Mat Sú moto
Intestinal Obstrucción the american
of Surgery Vol 130 July 1975.

24.- Suros Forns Juan. Semiología Médica
y Técnica Exploratoria Cap 4 Yeyuno
Ilso y Colón 6a. Edición Salvat Edi-
tores S.A. 2 Represión 1979 pp 488-
491.

Br.

Br. Carlos R. Huertas B.

Asesor

Edgar Pérez Contreras
Médico y Cirujano

Dr.

Revisor.

Dr. Ricardo de León Regil
Médico y Cirujano

Director de Fase III

Carlos A. Waldheim
Médico y Cirujano

Dr.

Secretario

Dr. Raul Castillo Rodas
Médico y Cirujano

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Médico y Cirujano