

630

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACUTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Uncinariasis

Su Tratamiento con Tiabendazol

TESIS



PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POR EL BACHILLER

Arturo A. Maradiaga V.

12 JUN. 1969

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

616.9654
M29

TEGUCIGALPA, D. C., JUNIO DE 1969

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR:

Ing. Arturo Quesada

SECRETARIO GENERAL:

Lic. Víctor M. Padilla

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO:

Dr. Jorge Haddad Q.

VICE-DECANO:

Dr. Armando Flores F.

SECRETARIO POR LA LEY:

Dr. Guillermo Oviedo P.

VOCAL:

Dr. Asdrúbal Raudales A.

VOCAL:

Dr. Virgilio Banegas M.

VOCAL:

Br. Fausto J. Cruz

VOCAL:

Br. Nelson Velásquez G.

VOCAL:

Br. Herman Corleto M.

VOCAL:

Br. Salvador Díaz Zelaya

****O****

TRIBUNAL EXAMINADOR:

DR. RAUL DURON M.

DR. LUIS CALLEJAS Z.

DR. DANILO CASTILLO M.

SUSTENTANTE:

BR. ARTURO A. MARADIAGA V.

PADRINOS:

DR. ANGEL D. VARGAS

BR. RUBEN ARGEÑAL M.

****O****

DEDICATORIA:

A mi Querido Padre:

Jorge Maradiaga Alvarado (Q.D.D.G.)

Como un tributo imperecedero a sus anhelos de un mundo mejor para sus hijos, a través de la ciencia.

A mi Adorada Madre:

Mariana Vilches S.

Mujer humilde, que no ha escatimado sacrificios ofrendando todos los recursos de que es capaz una madre, para ver lograda mi culminación como médico.

A mis Hermanos:

Que han seguido paso a paso el correr de mis años en la misión que he impuesto, tratando de subsanar mis dificultades en la medida en que sus facultades se lo han permitido.

A mi Esposa e Hijos:

Como una demostración del inmenso cariño que les profeso.

A mis Maestros:

Con agradecimiento en recompensa a sus enseñanzas.

A mis Compañeros:

Con aprecio.

S U M A R I O

- 1.- PROLOGO
- 2.- DESCRIPCION DE LA UNCINARIA
 - A.- Introducción
 - B.- Ancylostoma Duodenale
 - a. Sinónimo
 - b. Notas Históricas
 - c. Morfología
 - d. Ciclo Vital. Fase de vida libre. Fase, inoculación, migración -- por los tejidos y desarrollo de los gusanos hasta el estado adulto.
 - C.- Necator Americanus.
 - a. Sinónimos
 - b. Historia
 - c. Morfología
 - d. Ciclo vital
 - D.- Epidemiología
 - E.- Patogenia y Manifestaciones clínicas
 - a. Lesiones cutáneas
 - b. Lesiones pulmonares
 - c. Infecciones Intestinales
- 3.- DESCRIPCION DEL TIABENDAZOL (Mintesol)
 - A.- Química
 - B.- Farmacología
 - C.- Toxicidad y Efectos Secundarios
- 4.- DESCRIPCION DE VEINTE CASOS DE UNCINARIASIS TRATADOS CON TIABENDAZOL.
- 5.- EXPERIENCIAS OBTENIDAS
- 6.- ESQUEMAS
- 7.- RESUMEN Y CONCLUSIONES
- 8.- RECOMENDACIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA

HONRABLE SEÑOR DECANO,
HONRABLE TRIBUNAL EXAMINADOR,
DISTINGUIDA CONCURRENCIA.

Con toda consideración y respeto vengo a exponer ante vosotros el trabajo que he desarrollado durante mi permanencia en el Hospital "SANTA TERESA" de Comayagua, basándolo en las experiencias que he obtenido en veinte casos de "UNCINARIASIS, SU TRATAMIENTO CON TIABENDAZOL".

El presente trabajo de tesis, no comprende ningún estudio estadístico sobre la incidencia de uncinariasis en este hospital, tampoco un análisis de técnicas para detectar y cuantificar la infestación parasitaria, en virtud de que el departamento de estadística no está bien organizada, y también porque nos desenvolvemos en un medio precario en recursos y equipo que nos impiden dar respuesta en estos momentos a estas interrogantes.

Lo que propongo en esta exposición es, dar a conocer las ventajas que un producto de elaboración relativamente reciente nos puede brindar en el de la uncinariasis.

He escogido los casos de los que por su mal estado general han ameritado tratamiento hospitalario con doble propósito: de probar su inocuidad aún en casos de desnutrición avanzada, así como demostrar su efectivo valor parasitida. H

Quiero agradecer por este medio, la colaboración del Dr. Sady Edgardo Berlioz S. lo mismo que a la Casa Mandofer la aportación del producto necesario para la elaboración del presente trabajo.

Que el tema que he escogido para mi doctorado, y el procedimiento de desarrollo sean objeto de críticas que estén acordes con las circunstancias hasta cierto punto no propicias, para poder desarrollar un trabajo científico. }

Pero valga esta humilde aportación como una experiencia más, que redundará a no dudar, en beneficio de la causa médica ya que el tema a tratar constituye uno de los grandes problemas endémicos de nuestra Patria, y por ende, el pan cotidiano del médico hondureño. }

DESCRIPCION DE LA UNCINARIA

INTRODUCCION.- Nematodos que pertenecen a la familia Ancylostomatidae. Se caracteriza por la presencia de órganos bucales cortantes, que tienen forma de dientes en las especies del género Ancylostoma y de placas semi lunares en las especies del género Necator.

Desde tiempos prehistóricos, la uncinariasis o anquilostomiasis es una de las infecciones más importantes para la población humana de los climas calientes y húmedos, estando aparejada a otros azotes de la humanidad como son la desnutrición y muy frecuentemente al paludismo.

Stoll ha calculado que una cuarta parte de la población del mundo está infectada por anquilostomidos, y que la distribución de la enfermedad es como sigue: 359 millones en Asia; 2.8 millones en la U.R.S.S.; 1.4 millones en Europa; 49 millones en Africa; 42 millones en América Tropical y 1.8 millones en América del Norte.

ANCYLOSTOMA DUODENALE.- Es esencialmente un parásito del Sur de Europa, Costa Norte de Africa, Norte de China y Japón. Recientemente, la inmigración de personas infectadas procedentes de zonas endémicas han introducido este parásito en muchas comarcas en las que el Necator Americanus es el anquilostómido predominante como en el sur de la India, Archipiélago Malayo, Indonesia, Polinesia, Micronesia y Africa Occidental donde predomina el Necator Americanus.

Sinónimos.- Ancylostoma duodenale, Dochmius duodenalis, Ankylostomus duodenale.

Notas Históricas.- Este gusano fué descrito por primera vez por Dubini en 1843 basándose en el material obtenido en la autopsia de una mujer milanesa. Grass y Parona demostraron en 1870 que la infección se podía diagnosticar rápidamente buscando los huevos característicos en las materias fecales de los pacientes infectados. Parrocito en 1880 describió el desarrollo de la primera fase larvaria en su etapa de vida libre después de salir del huevo, y su metamorfosis en larvas filariformes. Arthur Loos en 1897 trabajando en el laboratorio de Higiene Pública de Alejandría, se infectó accidentalmente por contacto de la piel con larvas filariformes y después mediante experimentos en el perro (con la especie A. Canium), dilucidó la ruta completa de migración del parásito.

y a las fases consecutivas de desarrollo del mismo, desde el lugar de invasión cutáneo, hasta el descenso al intestino delgado.

MORFOLOGIA.- Los gusanos adultos son relativamente gruesos, algo cilíndricos y un poco delgado en su parte anterior, presentando una curvatura -- cervical que hace que el extremo anterior del parásito esté dirigido hacia el dorso; los gusanos son de color gris cremoso o rosado, están cubiertos de una cutícula fuerte y presentan un par de papilas cervicales laterales situadas detrás del anillo nervioso para-esofágico. Los machos miden de 8 a 11 mm. de longitud y de 0.4 a 0.5 mm. de diámetro máximo, y -- las hembras de 10 a 13 mm. de longitud por 0.6 mm. de diámetro máximo. La gran cápsula bucal está reforzada por substancia quitinoide, de contorno oval con el diámetro mayor en sentido transversal estando compuesto por una porción articulada externa y una porción interna lisa y fija. En el lado ventral de la cápsula y en posición simétrica en ambos lados se encuentran dos prolongaciones cortantes, cada una de ellas formada por dos dientes fusionados en su base; el diente externo del par el mayor y el interno, tienen una apófisis mediana y poco perceptible. En el lado dorsal, es decir inferior, de la cápsula se encuentra una placa dental con una muesca media. En la parte profunda de la cápsula hay un par de dientes ostensibles. A través de la placa dental dorsal se abre una sola glándula. En la cara ventrolateral de cada par de los grandes dientes ventrales se encuentran las aberturas de un par de glándulas cefálicas que se extienden hacia atrás hasta llegar a la mitad del gusano.

A la cavidad bucal sigue el esófago que está revestida de cutícula, -- presenta una cavidad trirradiada y ocupa un sexto del largo del cuerpo. Está algo ensanchada hacia atrás y en el extremo posterior tiene una válvula de tres secciones. La pared del esófago contiene una glándula dorsal y dos subversales. El intestino medio carece de cutícula y es el órgano -- de la digestión, se extiende desde el extremo posterior del esófago hasta el recto, que es corto y está cubierto de cutícula. El gusano se alimenta de la mucosa del intestino del huésped, de linfa, glóbulos rojos y plasma. Por la acción aspiradora del esófago, el gusano "ordeña" la sangre de los capilares sanguíneos intestinales, la cual pasa por el intestino del gusano, en donde se digiere parte de la misma.

El sistema excretor es un aparato complicado que consiste en una "célula

la suspensoria" y un par de tubos que se extiende desde la cápsula bucal - hasta la región subcaudal. El poro excretor está situado en la línea de la cara ventral, inmediatamente por detrás del anillo nervioso y delante de las papilas cervicales; en íntima asociación con este sistema el par de células "glandulares" excretoras o cervicales situados en la parte ventral que se extiende hacia atrás a gran distancia del esófago y se vacían en los conductos excretores cerca del punto de unión de estos.

Los gusanos machos tienen la parte posterior del cuerpo distendido en una bolsa en forma de campana, la que está sostenida por radios carnosos que presentan una disposición peculiar de cada especie. Dentro de la bolsa está la cloaca en la que desembocan el recto y el conducto genital. El testículo único se origina como un tubo fino cerca del extremo anterior de la glándula del cemento, se continúa hacia adelante doblándose varias veces a los lados del intestino medio, hasta el nivel del núcleo de la glándula cervical anterior. Se dirige luego hacia atrás bajo la forma de un túbulo flexuoso y se extiende en el plano medio del cuerpo formando la amplia vesícula seminal. El conducto genital se continúa entonces como conducto eyaculador muy musculoso que recibe el cemento del par de glándulas situadas en la parte ventral y se abre hacia atrás en la cloaca. En su extremo posterior el conducto eyaculador está cubierto de gruesa cutícula. Los dos esículos en forma de cerdas (cada una mide 0.9 a 1 mm. de longitud) - se encuentra en una bolsa tubular que está por debajo y por el gubernaculo situado en la parte dorsal.

Los gusanos hembras tienen el extremo posterior conocido con la abertura anal subterminal y situada en la cara ventral. La vulva se encuentra en la línea media ventral comienzo del tercio distal del cuerpo, los tubos o váricos forman una especie de madeja sobre el intestino, en el tercio medio del cuerpo, y el posterior en el tercio distal. La longitud de cada uno de estos tubos es aproximadamente de dos y media a cuatro veces la longitud total del parásito. Estos ovarios se continúan con el útero relativamente corto y, por último, con el ovoyector, antes de que los órganos tubulares se unan para formar la vagina que se abre en la vulva. La inseminación se produce cuando el macho aplica la bolsa copuladora en la vulva, insertando el par de espículas copuladoras para descargar los espermatozoos amiboides. Estos ascienden por los conductos sexuales de la hembra

... hasta los receptáculos seminales, donde se almacena en espera de la llegada de los huevos.

Los huevos se fecundan en los receptáculos seminales o en la parte superior de los úteros; se cubren de una membrana vitalina y de una cápsula pasando después a la vagina, para luego ser expulsados al exterior o sea en la luz del intestino delgado. Se calcula que la producción diaria de huevos es aproximadamente entre diez mil y veinte mil huevos.

CICLO VITAL.- Divididos en dos fases:

Fase de vida libre.- Los huevos fecundados que ponen las hembras no están segmentados. De forma ovoide, la cápsula es delgada y de naturaleza hialina, midiendo por término medio 60 por 40 micras. Cuando salen al exterior con heces normales están segmentados en dos a ocho células. En las deyecciones de individuos estreñidos, los huevos aparecen en estado de mórula o de renacuajo y con menor frecuencia contienen larvas móviles. En las heces no diluidas el desarrollo ulterior es lento, cuando se mezclan con orina, la muerte de los embriones se produce relativamente pronto. Cuando las heces se depositan en lugares húmedos, sombreados, calientes, en un suelo arenoso cubierto de partículas vegetales en descomposición los huevos suelen abrirse en veinticuatro a cuarenta y ocho horas; las larvas que salen de ellos empiezan a alimentarse de bacterias y partículas orgánicas. Al cabo de unos tres días de alimentarse y crecer, la arva muda de cutícula y después en segundo estado rabaditoide, crece hasta un máximo de 0.5 a 0.6 mm. de longitud con el correspondiente aumento de diámetro. Entre el quinto y el octavo día la boca se cierra, el esófago se allarga y el gusano pasa, al tercer día la boca se cierra, el esófago se allarga y el gusano pasa al tercer estado larvario, tipo filariforme, que no se alimenta. La cutícula antigua se desprende o se conserva durante algún tiempo como cubierta protectora del gusano joven. La larva filariforme es infectante para el hombre en cuanto muda la cutícula antigua y puede permanecer viable en el suelo durante varias semanas. A veces emigran varias pulgadas en dirección radial, pero es raro que penetren debajo del mantillo.

FASE DE INOCULACION.- Migración por los tejidos y desarrollo de los gusanos hasta llegar al estado adulto.- Las larvas filariformes que se ponen en contacto con la piel del hombre, preferentemente en los espacios interdigitales de los pies, alojándose en los folículos pilosos o con mayor --

frecuencia debajo de las escamas de la epidermis y luego a las partes más profundas de la dermis o en el tejido subcutáneo donde algunas entran en las vénulas superficiales; las larvas que no alcanzan las vénulas mueren y son fagocitadas. Las larvas que entran al torrente circulatorio son -- arrastradas por éste al corazón y luego a los pulmones en donde pronto atraviesan las paredes de los capilares penetrando a los alveolos. Ascenden entonces por el árbol respiratorio hasta la epiglotis, pasando después al tubo digestivo y desciende al intestino delgado. Se desprende de la tercera muda al momento de entrar a la tráquea o al llegar al yeyuno formándoseles una cápsula bucal transitoria y se fijan a las vellosidades intestinales, aumentan de tamaño, se diferencian sexualmente desarrollan la cápsula bucal definitiva debajo de la antigua la cual se desprende con la cuarta cutícula, y el gusano crece hasta el estado de adulto. Desde -- que el paciente se contagia hasta que las hembras comienzan a depositar -- huevos transcurren unas cinco semanas. Si no hay reinfección suelen eliminar 79% de los gusanos en el transcurso de un año, pero unos cuantos pueden persistir hasta nueve años. La reinfección continúa, es común en los focos de endemia.

NECATOR AMERICANUS. Llamo el "asesino americano". Es el que para nosotros adquiere mayor importancia por ser el anquilostómido predominante en Centro América, Sur de los Estados Unidos, México, Islas del Caribe, Norte -- de Sur América, Centro y Sur de Africa, Sur de Africa, Melanesia y Polonesia.

SINONIMO.-- Uncinaria americana, Ankylostomus Americanus, Necator Africanus, Necator Argentinus.

Historia.-- Este anquilostómido fué descrito por Stiles en 1902 como nueva especie, al examinar ejemplares provenientes del Tejas. Al parecer no era primitivo de la población india de América, sino que fué importado de Africa.

Morfología.-- Difiere del Anquilostoma Duodenale en cuanto a la cápsula bucal que es pequeña y está provista de un par ventral y otro dorsal de placas cortantes semilunares en lugar de los dientes que caracterizan el género Ancylostoma; en el fondo de la boca se encuentra un par de lancetas triangulares subventrales y otro subdorsal. En cuanto al color también -- hay diferencia, pues el Necator es amarillo grisáceo, a veces de aspecto rojizo. También son más pequeños que el anquilostoma duodenale ya que el

macho mide de 7 a 9 mm. de longitud por 0.3 mm. de diámetro máximo, las hembras miden de 9 a 11 mm. de longitud con 0.4 mm. de diámetro. Los huevos son semejantes a los del *A. duodenale* con la diferencia de ser algo más largo y estrechas, la hembra pone aproximadamente nueve mil huevos. El ciclo vital es similar al descrito para el *Anquilostoma Duodenale*.

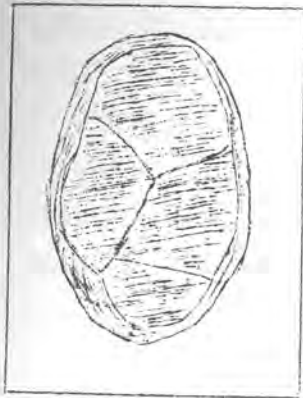
Existen otros anquilostomidos con importancia muy secundaria como son *Ancylostoma Braziliense* y el *Ancylostoma Canino*, encontrados ocasionalmente en el hombre y siendo más que todos huéspedes de otros animales (perro, gato).

EPIDEMIOLOGIA. Ya hablamos de distribución geográfica de cada uno de los anquilostomidos, haciendo recalcar la importancia que para nosotros representa el *Necator Americanus*.

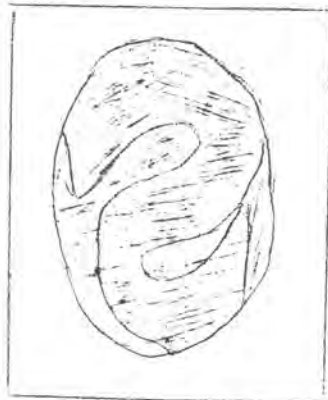
La propagación de las infecciones humanas dependen de los factores siguientes: 1) presencia de fuente de infección, 2) hábitos en la disposición de las excretas, de manera tal que los huevos de los gusanos sean depositados en lugares que se prestan para el desarrollo larvario, -3) oportunidad para que las larvas infectivas o filariformes se pongan en contacto con la piel del hombre. En las zonas tropicales y subtropicales las condiciones para el mantenimiento del ciclo son satisfactorios en la mayor parte del año, mientras que en los climas fríos se favorece el desarrollo extrínseco del gusano únicamente durante los meses de calor ya que las sequías, las estaciones frías y las lluvias excesivas son desfavorables para el desarrollo extrínseco.

En muchas zonas endémicas la contaminación del suelo y la infección posterior del hombre son altamente favorecidas por la disposición de los excrementos humanos como abono agrícola. También se ha demostrado que la ropa interior manchada con heces sirve de fuente de infección para los que se dedican a lavar la ropa en los trópicos.

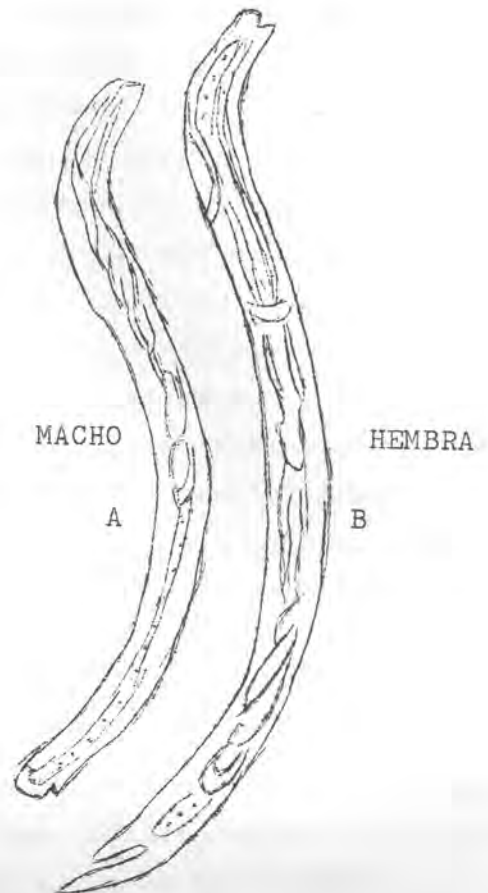
HUEVOS DE UNCINARIA



Estado A de 4 células.



Larva B móvil



Los datos sobre frecuencia de la infección son insuficientes como medida de la anquilostomiasis en una zona, han de completarse con el recuento de huevos para determinar la intensidad de la misma y poder valorar la importancia de la infección entre las causas de morbilidad de los habitantes de la comarca.

Patogenia y Manifestaciones Clínicas. La naturaleza y gravedad de las manifestaciones clínicas son determinadas por la etapa y la intensidad de la infección.

Lesiones Cutáneas. Durante la etapa de la invasión de la piel, las partes afectadas se vuelven eritematosas, adematosas y con prurito (mazamorra), estas lesiones se producen por lo general en los espacios interdigitales y en las superficies laterales y dorsales del pie, así como también en cualquier otra zona de la piel con las que se ponga en contacto la larva filariforme. En el lugar de entrada de la larva se produce una mínima lesión de la piel, pero al penetrar las larvas hasta la red capi-

lar sanguínea se produce intensa reacción tisular, la que a veces es suficiente para aislar la larva y ocasionar su muerte. La infección piógena secundaria complica estas lesiones en muchas personas.

Lesiones Pulmonares.- Las larvas al llegar a los capilares son arrastradas hasta el parénquima pulmonar donde producen lesiones en las partes por donde pasan las larvas de los capilares pulmonares a los alveolos con pequeñas hemorragias. Cuando son muchas las larvas que al mismo tiempo están en tránsito por los pulmones, la lesión puede ser considerable, la sangre se acumula en los alveolos dificulta el intercambio respiratorio y la infiltración por células redondas contribuyen a veces a agravar el cuadro.

Infecciones Intestinales.- Después de que la larva abandona el árbol respiratorio llegando al intestino delgado donde se fija a la mucosa, primero por medio de la cápsula cefálica temporal y después por la permanente empezando a digerir la porción distal de las vellosidades que tiene. introducida en la boca. De esta manera se origina la erosión y ulceración de los tejidos en cada lugar de adherencia y la sangre de los capilares de las vellosidades empiezan pronto a ser absorbidas hacia el intestino de los gusanos. Von Brand descubrió que los anquilostómidos ingieren sangre para satisfacer sus necesidades de oxígeno, el que obtienen de los hematíes en el medio intestinal pobre en este gas. Los lugares de inserción que dejan de ser fuentes de alimento son abandonados y quedan como úlceras indolentes, en particular, si han sido invadidos por bacterias.

La causa real de la anemia de la anquilostomiasis y de los síntomas -- concomitantes han sido objeto de intensa controversia, varios investigadores han sostenido la naturaleza tóxica del síndrome, otros han demostrado que la causa de síndrome clínico de la anquilostomiasis es la continuada extracción mecánica de sangre del paciente por los gusanos adheridos a la pared intestinal, y que el cuadro hemático en tales casos es el de la anemia microcítica. La anemia de la anquilostomiasis tiene todos los caracteres de la producida por carencia de hierro, consecuencia del desequilibrio entre los ingresos y pérdidas de este metal, observándose que la sideremia desciende antes de que se presente la anemia o al aparecer ésta. No obstante, hay algunos casos de anquilostomiasis en los que el cuadro hemático es muy semejante al de una anemia primitiva con índice de hemoglobina superior a la unidad.

La anemia aparece de diez a veinte semanas después de adquirir la infección y con el tiempo aumenta de intensidad, esta anemia cursa el principio con leucocitosis de hasta 17.000 leucocitos por mm. cúbico y eosinofilia. Después se normaliza la cifra de glóbulos blancos o hay ligera leucopenia, pero la eosinofilia puede mantenerse a veces elevada por varios meses.

Chandler demostró, que si no hay reinfección los anquilosomas se eliminan con relativa rapidez durante los primeros seis o doce meses, lo que debería tener importancia en el cuadro clínico. Palmer ha demostrado que en las infecciones experimentales ligeras con *Necator Americanus* los huevos se encuentran en las heces durante quince años, lo que indica que por lo menos una hembra fecundada pone huevos durante todo ese tiempo.

La resistencia del paciente tiene mucha importancia en la patogenia -- del anquilostomiasis, los niños son menos resistentes que los adultos y -- las mujeres menos que los hombres, tanto a la infección como a los síntomas que resultan de la misma, además, el estado nutritivo del paciente es a menudo la clave del problema. Los más de los casos de anquilostomiasis grave se encuentra o se observan en sujetos desnutridos y, por consiguiente, desprovistos de las suficientes defensas contra la infección.

El problema de la anquilostomiasis no puede ser debidamente valorada -- sin tomar en cuenta la reinfección. En los focos de endemia, el paciente está continuamente expuesto a la reinfección, de manera que nuevos gusanos se agregan a los antiguos o reemplazan a los que van siendo eliminados. Es también evidente que muchos sujetos desarrollan resistencia a la infección, generalmente son individuos que sufren una infección intensa.

Las manifestaciones clínicas de la anquilostomiasis podemos dividirlas en tres períodos: inicial, crónico y avanzado; y según la intensidad de -- los síntomas los casos se clasifican en leves (con compensación sanguínea) moderados (con descompensación sanguínea apreciable) y graves (con descompensación completa). En el tipo leve no hay síntomas y la anemia es insignificante careciendo clínicamente de importancia. En los casos de descompensación sanguínea moderada los síntomas son: pirosis, flatulencia, -- sensación de plenitud abdominal y dolor epigástrico, puede haber fiebre -- ligera, mareos, palpitaciones, disnea y soplos cardíacos funcionales, hay desnutrición evidente e inclinación a comer tierra (Geofagia).

En el tipo grave encontramos el cuadro clínico que podíamos definir como clásico. Hay diarrea o estreñimiento siendo más intensos los síntomas de descompensación sanguínea. La piel es pálida notándose un tono amarillento lo mismo que en las escleróticas, el pelo es seco sin vitalidad y escaso, el edema se presenta en la cara particularmente alrededor de los ojos y en las extremidades convirtiéndose ocasionalmente en una verdadera anasarca. El paciente tiene tendencia a comer tierra o cualquier material voluminoso para mitigar el dolor sordo que siente en el abdomen. El vientre abultado es signo típico en los niños ya que generalmente la uncinariasis va acompañada de desnutrición causas ambas que producen el mismo síntoma, disminuye la cavidad de las glándulas de secreción interna, se retarda la pubertad habiendo torpeza mental, apatía y a veces melancolía. Frecuentemente se registra tos, coriza o faringitis.

En los niños la uncinariasis moderada y grave afecta sensiblemente el cociente intelectual.

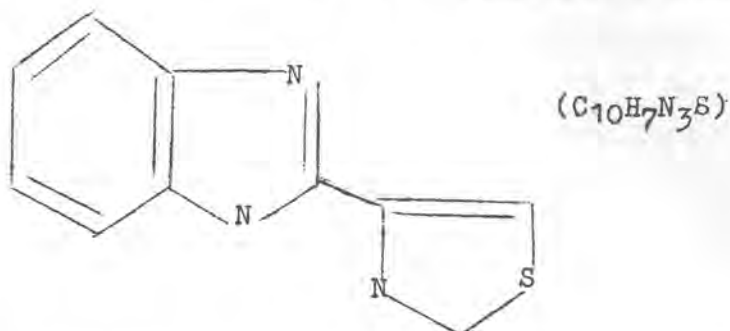
Los efectos de la uncinariasis en el organismo se deben estudiar siempre, tomando en cuenta los hábitos nutricionales, ya que generalmente van asociados no pudiéndose determinar en cierto porcentaje de casos cuál de los dos representa el factor principal y cuál el secundario.

.....

DESCRIPCION DEL TIABENDAZOL (MINTEZOL)

El Tiabendazol se preparó basado en la investigación sobre la acción antihelmíntica de centenares de compuestos benzimidazólicos, hallándose entre los agentes quimioterápicos más poderosos conocidos.

QUIMICA.- Responde a la fórmula - 2 - (4' Tiazolil) - bensimidazol



FARMACOLOGIA.- El Tiabendazol es un polvo cristalino blanco, insípido, es table tanto en polvo como en concentración de 10.5 mg. por ml. Fué emplea do primeramente como producto veterinario, comprobándose posteriormente - acción antihelmíntica para infecciones humanas por ascárides, tricocéfalos, oxiuros, strongyloides y uncinarias. La mínima toxicidad para los mamífe- ros y la ausencia de actividad contra otros microorganismos, hace sospe- char que este producto actúa interfiriendo una vía metabólica esencial pa- ra cierto tipo de gusano. Preparación y dosis.- Corresponde a investiga- ciones de la casa farmacéutica Merck Sharp y Dohme Internacional.

Se ha experimentado en dos tipos de presentación en forma de oblea pa- ra mascar, o en una suspensión aromatizada con malvavisco, conteniendo un gm. de tiabendazol por oblea o por cucharadita de 5 ml., la dosis utiliza da normalmente es de 50 mg. por Kg. de peso corporal al día durante tres días consecutivos. Para disminuir la frecuencia de efectos secundarios la dosis diaria generalmente se divide en dos tomas de 25 mg. por Kg. admi- nistradas después de los alimentos. Las obleas han sido descartadas por - ser mejor toleradas que la suspensión.

TOXICIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS.- El producto se absorbe rápidamente des- pués de su administración bucal y aproximadamente el 95% del producto ab- sorbido es metabolizado y eliminado por el riñón en forma de derivado hi- droxilado. Hasta la vez no se ha publicado ningún caso de lesión renal, -

...
hepática y de órganos hematopoyéticos, sin embargo se han registrado casos ocasionales de cristaluria, erupciones cutáneas, hipoglicemia, fiebre y linfadenopatías y más frecuentemente anorexia, náuseas, vértigo y dolor epigástrico.

Por ser un producto que no se ha experimentado ampliamente no se recomienda el empleo de Mintezol en pacientes embarazadas.

C A S O S

NOMBRE: Alejandro Flores Ortega
EDAD: 5 años, SEXO: masculino RAZA: Mestiza
NACIMIENTO Y RESIDENCIA: El Rosario, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 25 - XI - 68
PROFESION: Pre-Escolar
SINTOMA PRINCIPAL: Edema generalizado
ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que ingresa con historia de estar presentando desde hace 20 días evacuaciones diarreicas en número promedio de cinco en veinticuatro horas, semilíquidas, fétidas, amarillentas o negruzcas y en cantidad moderadamente abundantes, vómitos alimenticios poco frecuentes, fiebre moderada persistente. Hace diez días aparecen edemas en ambas extremidades inferiores que se generalizan rápidamente y progresivamente hasta afectar el cuerpo en toda su extensión, las evacuaciones remiten hasta cuatro días, persistiendo los vómitos y dolor abdominal tipo cólico retortijón esporádico, debilidad general progresiva y apatía.

EXAMEN FISICO

TEMP: 37.5, PULSO: 100 x', PESO: 35 lbs. RESPIRACION 24 x'
Niño con anasarca, decaído, decúbito dorsal obligado.
CABEZA: Facies abotagadas, edema palpebral, conjuntivas hiperémicas con secreción seropurulenta.
PULMONES: 0
CORAZON: Moderada taquicardia sin soplos
ABDOMEN: Simétrico, poco globoso, edema de pared, moderadamente doloroso a la palpación profunda, peristaltismo intestinal aumentado de frecuencia.
GENITALES: Edematosos.
EXTREMIDADES: Edemas blandos, signo de fovea más acentuado en extremidades inferiores, descálzo.
PIEL: No hay lesiones pelagroides.
DIAGNOSTICO DE INGRESO: Síndrome pluricarencial infantil, enterocolitis aguda, anemia secundaria.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta blanda
- 2.- Antidiarreica
- 3.- Elixir antiespasmódico
- 4.- Penicilina 600.000 u. diariamente
- 5.- Exámenes de rutina

EXAMENES DE LABORATORIO:

Heces.- Huevos de uncinaria, ascárides y tricocéfalos
Orina.- No patológica.
Hematológico.- Glóbulos rojos 3.250.000, Hemoglobina 9.6 gms%.
Hematócrito.- 32 vol% V.C.M. 98 u³, Hb. C.M. 29 yy, C.Hb.C.M. 30%

SE LE INDICA:

1.- Sustagen en leche t.i.d.

2.- Al cuarto día de su ingreso se le cambia la dieta e hiperproteica, permanece afebril, se le suspende la penicilina.

A los diez días de su ingreso y manteniendo un peso de 26 libras, se le inicia tratamiento antiparasitario con Iabendazol (Mintezol), 250 mg. - dos veces al día, después de las comidas, por tres días consecutivos.

Al tercer día de terminado el tratamiento antiparasitario se ordena -- control de examen de heces y orina, reportándose:

Orina: No patológica

Heces: Negativo por parásitos.

Durante el tratamiento antiparasitario se reportaron vómitos post prandiales el primer día únicamente.

Las indicaciones posteriores fueron:

1.- Dieta hiperproteica

2.- Sustagen en leche

3.- Hipocron

4.- Complejo B. i.m.

Remiten los edemas sin necesidad de diuréticos, dándole de alta a los 24 días de su ingreso bastante recuperado y con la biometría hemática siguiente: Glóbulos Rojos 1.200.000, hematócrito 37 vl%.

00000

NOMBRE: Filadelfo Maldonado Martínez

EDAD: 15 años SEXO: Masculina, RAZA: Mestiza.

ESTADO CIVIL: Soltero, NACIMIENTO Y RESIDENCIA: Agua Dulce, Siguatepeque

FECHA DE INGRESO: 29 - XI - 68

SINTOMA PRINCIPAL: Tos, fiebre, debilidad general.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que desde hace más o menos seis meses viene acusando dolor abdominal sordo que se le calma al comer, al mismo tiempo -- náuseas y vómitos post prandiales frecuentes, crisis diarreicas intercaladas con períodos de estreñimiento. Hace aproximadamente 45 días viene notando debilidad general, mareos frecuentes, fatiga inicialmente de grandes esfuerzos poco tiempo después de moderados esfuerzos, actualmente presenta disnea de pequeños esfuerzos, palpitaciones frecuentes y estado de postración.

Dieta deficiente en cantidad y calidad.

EXAMEN FISICO:

P.A. 80/50, PULSO: 140 x', TEMP: 38.5º, RESPIRACION: 28 x', PESO: 70 lbs.

Paciente desnutrido que adopta decúbito dorsal, bien orientado, coopera al interrogatorio.

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas.

PULMONES: Estertores subcrepitantes y respiración ruda en vértices pulmonares.

CORAZON: Apex en quinto espacio intercostal izquierdo a 2 cm. por fuera

de línea media clavicular, ruidos cardíacos aumentados de frecuencia, soplo holosistólico más audible en foco mitral y aórtico accesorio, ritmo normal.

ABDOMEN: Semi globoso, poco doloroso a la palpación profunda en toda su extensión, no se palpan masas.

GENITALES: Impuber.

EXTREMIDADES: Miembros hipotróficos, escaso panículo adiposo, edema perimaleolar en extremidades inferiores.

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

Bronquitis aguda, anemia hiperquinética, uncinariasis.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta hiperproteica
- 2.- Exámenes de rutina
- 3.- Antibioterapia
- 4.- Control de signos vitales cada 2 horas
- 5.- Hacer pasar una pinta de sangre (después de conocer valores hematológicos).
- 6.- Multivitaminas, una cápsula b.i.d.
- 7.- Vigilancia

RESULTADOS DE EXAMENES:

Hematológico: Glóbulos rojos 2.800.000. Glóbulos Blancos 10.790
Hemoglobina: 7 gr.%, Hematócrito: 21%, V.C.M. 75 μ^2 , Hb.C.M. 25, C.Hb. 33.3%; Orina: Células pavimentosas, uratos.- Heces: H.de uncinarias y ascárides.

Se sigue igual tratamiento y dos días después se transfunde media pinta de sangre, ya para el sexto día había mejorado notablemente su estado general, remitido en cuadro bronquial; la hematología de los siguientes datos: Glóbulos Blancos 8.000, Hemoglobina 9 gr.%, Hematócrito: 28 Vol%.

Al séptimo día de su ingreso se inicia tratamiento antiparasitario con Tiabendazol (Mintezol) 750 mg. dos veces al día después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento con Mintezol no presentó ningún trastorno gastrointestinal ni malestar alguno asociado y el control de heces y orina tres días después de terminado el tratamiento antiparasitario dió los siguientes resultados: Orina, sin alteraciones; heces: no se descubren parásitos, ordenándose un nuevo control con el mismo resultado.

Se le da de alta a los 19 días de su ingreso con estado general bastante satisfactorio.

00000

NOMBRE: Candelario Chávez Gómez

EDAD: 10 años, SEXO: masculino, RAZA: Mestiza.

LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA: La Libertad, Comayagua

FECHA DE INGRESO: 30 - XI - 68

SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea de evolución crónica

ENFERMEDAD ACTUAL:

El padre del niño refiere que éste padece de evacuaciones diarreicas desde hace más o menos 10 meses en número de 2 a 3 diarias; hace tres

días se han hecho más frecuentes, de consistencia líquida, color blanquecino y amarillento, fétido y en número de 4 a 6 en 24 horas; la diarrea se acompaña también de vómitos precedidos de náuseas esporádicas, dolor abdominal frecuente. Refiere además, que el niño desde hace más o menos 45 días viene presentando hiporexia moderada, adinamia progresiva pérdida de peso y apatía. Actualmente está presentando hipertermias, tos con espectoración escasa.

Dieta deficiente en calidad y cantidad.

EXAMEN FISICO:

P.A. 80/60. TEMP: 37.5º, PULSO: 120 x'; RESP: 24 x'; PESO: 40 Lbs.

Niño descalzo en estado de desnutrición y decaimiento manifiesto, adopta decúbito dorsal obligado, quejumbroso, embotado.

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas.

PULMONES: Escasos estertores en regiones parahiliares

CORAZON: Reforzamiento del segundo ruido en foco mitral y aórtico accesorio, taquicardia moderada.

ABDOMEN: Simétrico, blando, depresible, plano, a la palpación profunda se provoca escaso dolor en epigastrio, no se palpan masas, ruidos intestinales aumentados de frecuencia e intensidad.

EXTREMIDADES: Escaso edema perimaleolar, masas musculares hipotróficas.

PIEL: N. de P.

Se interna con diagnóstico de: Síndrome Pluricarenal, enteritis aguda, parasitismo intestinal.

SE LE INDICO:

- 1.- Dieta líquida
- 2.- Antidiarreicos
- 3.- Arobón
- 4.- Sustagen en leche poca cantidad
- 5.- Exámenes de rutina
- 6.- Penicilina 600.000 u. diariamente
- 7.- Expectorante.

Tres días después al remitir la diarrea se le indica:

- 1.- Dieta corriente
- 2.- Sustagen en leche b.i.d.
- 3.- Continuar Penicilina
- 4.- Continuar expectorante
- 5.- Transfundir 300 cc. de sangre
- 6.- Sulfato Ferroso una tab. b.i.d.
- 7.- Complejo B. i.m. diariamente

A los seis días de su ingreso remite el cuadro bronquial y se ordena:

- 1.- Suspender antibiótico y expectorante
- 2.- Tiabendazol (Mintezol) 500 mg. dos veces al día, por tres días.

Durante el tratamiento antiparasitario no presentó ningún trastorno gastrointestinal, buena tolerancia, el apetito mejora notablemente; tres días después de terminar el tratamiento antiparasitario se ordena orina y heces de control.

Orina: Sin alteración patológica

Heces: H. de ascárides.

Se le da de alta a los 16 días de su ingreso, bastante mejorado, con la hematología siguiente: Glóbulos Rojos 4.300.000, Hemoglobina 11.5 gm%, Hematócrito 36 vol%.

00000

NOMBRE: Pedro Rodríguez Rivera
EDAD: 16 años. SEXO: Masculino. RAZA: Mestiza
ESTADO CIVIL: Soltero
LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA: Santiago de la Paz.
SINTOMA PRINCIPAL: Deformidad de antebrazo izquierdo
FECHA DE INGRESO: 6 - XII - 68
ENFERMEDAD ACTUAL:

Refiere el paciente que a consecuencia de una caída hace 45 días presentó deformidad de antebrazo izquierdo. Refiere al mismo tiempo que desde hace más de 2 meses viene padeciendo de mareos de frecuencia -- progresiva, actualmente acusa sentir sensación de debilidad, cansancio de moderados esfuerzos, falta de interés por el trabajo, acusa además dolor abdominal sordo que remite al comer, diarreas esporádicas y expulsión de ascárides.

EXAMEN FISICO:

P.A. 100/60; TEMP: 36.8º; PULSO: 100 x'. RESP: 22 x'. PESO: 99 Lbs.
Paciente lúcido, bien orientado que revele a la simple inspección, desnutrición moderada, es descalzo.
CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas
PULMONES: 0
CORAZON: Leve soplo holosistólico en foco aórtico accesorio.
ABDOMEN: Plano, simétrico, depresible, a la palpación profunda se provoca poco dolor en mesogastrio, no se palpan masas, ruidos intestinales de frecuencia o intensidad normal.
EXTREMIDADES: Deformidad en tercio inferior de antebrazo izquierdo.
PIEL: N. de P.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Fractura de tercio inferior de antebrazo izquierdo, consolidación viciosa. Anemia de etiología a determinar.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta corriente
- 2.- Examen de rutina
- 3.- Radiografía de antebrazo izquierdo
- 4.- Vitaminas y Minerales

RESULTADO DE EXAMENES:

Hematológico: Glóbulos Rojos 4.000.000, Leucocitos 8.000, Hemoglobina -- 10 gr.%, Hematócrito: 32 vol %, V.C.M. 76 u³, Hb. CM. 25 yy, C. Hb. M. 31%
Orina: Células pavimentosas, uratos
Heces: H. de uncinaria, tricocéfalos, Strongyloides y ascárides.
REPORTE RADIOLOGICO: Fractura de tercio inferior del húmero izquierdo, - consolidación viciosa.

SE LE INDICA:

Sulfato ferroso una tableta t.i.d.

Mintezol 1 gramo dos veces al día después del almuerzo y de la -
cena por tres días consecutivos.

Durante su tratamiento con Mintezol no presentó trastornos gas--
trointestinales, y solamente hiporexia moderada con leve sensación de ma--
reo. Tres días después de terminado el tratamiento con Mintezol se orde--
na examen de heces y orina de control, con los siguientes resultados: O--
rina: Sin alteraciones, heces: H. de ascárides.

00000

NOMBRE: Benita Carrillo Funes

EDAD: 10 años. SEXO: Femenino. RAZA: Mestiza

ORIGEN Y RESIDENCIA: Aldea El Paraíso, Comayagua

FECHA DE INGRESO: 26 - XI - 68

SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea con sangre, desnutrición

ENFERMEDAD ACTUAL: Niña desde hace más de un mes viene presentando ma--
reos frecuentes, debilidad general progresiva, apatía, dolor abdominal ti--
po cólico, retortijón frecuente, dispepsias a la carne, geofagia, vómi--
tos frecuentes, dieta deficiente en cantidad y calidad y desnutrición de
evolución crónica. Hace 5 días se le inician evacuaciones disentericas,
acompañadas de pujo y tenesmo que le persisten hasta el momento de su in--
greso; la sensación de debilidad se le acentúa con la crisis disenterica,
no acusa elevaciones térmicas.

EXAMEN FISICO:

P.A. 80/55, PULSO: 112 x', TEMP : 37.8º. PESO: 42 Lbs.

CABEZA: Facies abotagadas, conjuntivas pálidas.

TORAX: Escaso panículo adiposo

PULMONES: 0

CORAZON: Taquicardia moderada, ritmo regular

ABDOMEN: Semigloboso, blando depresible, doloroso a la palpación profunda,
no se palpa tumoraciones, hiperistáltismo.

MIEMBROS: Hipotróficos, escaso edema perimaleolar en extremidades inferio--
res, descalza.

DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Disenteria amibiana, síndrome pluricarencial in--
fantil.

EXAMENES:

Hematología: Glóbulos Rojos 2.500.000, G. Blancos: 9.500, Hemoglobina 6gm%

Hematócrito: 20 vol%, V.C.M.u³, Hb. C.M. 24 yy, C.Hb. C.M. 29% .

Heces: Trofozoitos de Entamoeba Histolítica, huevos de ascárides, lumbrí--
coides y uncinarias.

Orina: No patológica. Glicemia 100 mgs. en ayunas.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta blanda
- 2.- Hacer pasar 250 cc. de sangre
- 3.- Stovarsol 0.10 mg. t.i.d. x 10 días
- 4.- Antidiarreicos
- 5.- Elixir antiespasmódico
- 6.- Complejo B. 1 cc. i.m. diario

Al remitir la diarrea se le indica:

- 1.- Suspender antiarreicos
- 2.- Suspender antiespasmódicos
- 3.- Dieta hiperproteica
- 4.- Hipocron 1 cdta. t.i.d.
- 5.- Hacer pasar 250 cc. de sangre.

Nueve días después de su ingreso se le indica tratamiento antiparasitario con Tiabendazol (Mintezol) 500 mgs. dos veces al día después de las comidas por tres días consecutivos. Durante el tratamiento antiparasitario, presentó náuseas y vómitos en número de dos de carácter alimenticio.

Tres días después se ordena control de heces, orina y glicemia, reportándose: heces, negativo por parásitos, orina: sin alteraciones patológicas, glicemia: 100 mgs%.

Se le da de alta bastante mejorado a los 24 días después de su ingreso.

00000

NOMBRE: Danilo Maldonado Ortiz

EDAD: 7 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza

ORIGEN Y RESIDENCIA: El Playón, Comayagua.

FECHA DE INGRESO: 24 - x - 68

SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea crónica, desnutrición avanzada

ENFERMEDAD ACTUAL:

Niño que hace dos meses, se le inician evacuaciones diarreicas en crisis periódicas y repetidas, dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos frecuentes; presenta desde esa fecha palidez progresiva, adinamia, sensación de debilidad también progresiva, apatía, carácter irritable. Hace unos 15 días le aparece edema de extremidades, que se ha extendido por todo el cuerpo en una verdadera anasarca.

EXAMEN FISICO:

PULSO: 110 x', TEMP: 36.8. PESO: Lbs.

Niño en mal estado general, decúbito dorsal obligado, descalzo

CABEZA: Edema facial y palpebral, conjuntivas pálidas.

TORAX: Edema dorsal con signo de Fovea.

CORAZON: Taquicardia moderada no se auscultan soplos

ABDOMEN: Semigloboso escaso edema de pared, doloroso a la palpación profunda, hiperistaltismo.

EXTREMIDADES: Edemas blandos bilaterales en toda la extensión de extremidades inferiores y poco en extremidades superiores, fovea bien marcada.

DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Enterocolitis crónica, síndrome pluricarencial infantil.

EXAMENES: Hemoglobina: Glóbulos Rojos 2.600.000, Hemoglobina 6 gms.%. Hematócrito: 20 vl%, V.C.M. 77u³, Hb. C.M. 23 yy, C. Hb. C. M. 30%.

Heces: Huevos de ascárides, Strongyloides y uncinaria.

Orina: No patológica.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta blanda
- 2.- Antiadiarreicos

- 3.- Sustagen en leche b.i.d.
- 4.- Hacer pasar 350 c.c. de sangre
- 5.- Complejo B., 1 c.c. i.m. diario

Se continúa igual tratamiento por espacio de 4 días, luego se le prescribe dieta corriente, al décimo día el estado general es satisfactorio se ordena:

- 1.- Hacer pasar 250 c.c. de sangre
- 2.- Tiabendazol 500 mg. c.i.d. después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento hubo buena tolerancia del mismo, no se altera el apetito, no se reportan trastornos gastrointestinales asociados.

Tres días después se ordena exámenes de heces y orina de control, con los resultados siguientes:

Heces: Q. de Giardíó Lamblia.

Orina: Sin alteración patológica.

La niña permanece en el Hospital por espacio de 25 días en recuperación de su mal estado nutricional.

00000

NOMBRE: Carlos Martínez Ordóñez

EDAD: 8 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza.

NACIMIENTO Y RESIDENCIA: Las Delicias, Comayagua

FECHA DE INGRESO: 8 O 1 O 68

SINTOMA PRINCIPAL:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que se ingresa al servicio de Pediatría, con diagnóstico de Glomerulonefritis aguda, se le hace el tratamiento correspondiente el cual no se detalla porque no es el caso que nos anima en este trabajo.

Veintidos días después de su ingreso y con un control de orina completamente normal, se hace una nueva revisión de la historia clínica dando los datos siguientes:

Desde hace más o menos 3 meses viene presentando dolores abdominales tipo cólico retortijón que le persiste aún después del reciente tratamiento, historia de diarreas periódicas frecuentes no disintéricas, desnutrición y debilidad general progresiva, además de proceso piodérmico infeccioso que aparece un mes antes de su internamiento.

EXAMEN FISICO:

PULSO: 100 x', PESO: 45 Libs.

Niño. desnutrido, descalzo

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas

TORAX: Escaso panículo adiposo

CORAZON: Moderada taquicardia, soplo holosistólico en foco mitral y aórtico accesorio poca intensidad.

ABDOMEN: Plano blando, depresible, moderadamente doloroso a la palpación profunda principalmente en epigastrio y nosogastrio, hígado y bazo, 0; fosas lumbares 0.

MIEMBROS: Hipotróficos.

EXAMENES AL MOMENTO DEL INGRESO

Heces: Huevos de uncinaria, huevos de ascárides

Hematológico: Glóbulos Blancos: 9.000, glóbulos rojos 3.500.000,

Hemoglobina: 9 gm%, Hematócrito 29 vol%, V. C.M. 82, Hb. C.M. 26 yy,

C. Hb. C.M. 31%.

Se hace tratamiento con Tiabendazol (Mintezol) media cucharadita dos veces al día durante las comidas y por tres días durante el tratamiento, no presentó ningún trastorno gastrointestinal y a los cuatro días se le hace control de heces y orina, en el primero se reportan quistes de G. -- Lamblia y el segundo se reporta orina no patológica.

Se le da de alta bastante mejorado con tratamiento para G. Lamblías, sulfato ferroso, vitaminas del Complejo B. y recomendaciones dietéticas.

000000

NOMBRE: Ofelia Pineda Manueles

EDAD: 3 años, SEXO: Femenino, RAZA: Mestiza

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: La Paz, Dpto. de La Paz.

FECHA DE INGRESO: 18 - 1 - 69

SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea de evolución crónica.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Niña que desde hace más o menos un año viene presentando crisis diarreicas frecuentes, acompañadas de dolor abdominal frecuente, desde hace tres meses la niña presenta desnutrición progresiva, apatía y palidez pronunciada a pesar según dice la madre de mantener apetito satisfactorio; actualmente se encuentra bastante decaída, soñolienta e irritable, sin diarrea.

EXAMEN FISICO:

TEMP. 37. PULSO 130 x', PESO: 20 Lbs.

Niña quejumbrosa

CABEZA: Cabello hirsuto y escaso, facies abotagadas, conjuntivas pálidas.

PULMONES: Estertores húmedos escasos diseminados en ambos campos pulmonares.

CORAZON: Taquicardia, ritmo regular soplo holosistólico en foco mitral y aórtico accesorio, pulso central 132 x'.

ABDOMEN: Globoso, timpánico, poco doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, no se palpan masas tumorales.

HIGADO Y BAZO: 0

MIEMBROS: Hipotróficos.

DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Uncinariasis, Anemia Secundaria.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta hiperproteica
- 2.- Exámenes de rutina
- 3.- Penicilina i.m.
- 4.- Expectorante
- 5.- Complejo B. 1 c.c.. i.m. diario

EXAMENES DE LABORATORIO:

Heces: huevos de uncinarias, Tricocéfalos, ascárides, quistes de G. Lam--
blias;; Hematológico: Glóbulos Blancos 10.000, Glóbulos Rojos: 2.800.000 -
Hemoglobina: 7 gm.- Hematócrito 22 vol%.- V.C.M. 78u³, Hb. C.M. 28 yy, --
C.Hb.C.M. 32%.

Orina: Sin aparente alteración patológica.

Al conocer los resultados anteriores se le indica:

- 1.- Transfundir 120 c.c. de sangre
- 2.- Hipcrón media cda. t.i.d.

La niña mejora paulatinamente y a los 15 días de su ingreso se le indica:

- 1.- Transfundir 100 c.c. de sangre
- 2.- Suspender Penicilina
- 3.- Suspender expectorante
- 4.- Tiabendazol 250 mgs. dos veces al día, después de las comidas y -
por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento con Tiabendazol (Mintezol) no presentó
ningún trastorno gastrointestinal asociado; el apetito se mantiene satis-
factorio.

Tres días después de terminado el tratamiento antiparasitario se
hace control de orina y heces con los resultados siguientes:

Orina: No hay alteraciones patológicas.

Heces: Huevos de ascárides.

Se le da de alta completamente mejorada a los 23 días de su in--
greso.

000000

NOMBRE: Isabel Mejía Ventura

EDAD: 53 años, SEXO: Femenino, RAZA: Mestiza

ESTADO CIVIL: Casada, NACIMIENTO Y RESIDENCIA: Ciudad de Comayagua

FECHA DE INGRESO: 19 - XII - 68

PROFESION: Oficios domésticos

SINTOMA PRINCIPAL: Dolor abdominal y debilidad general

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que desde tiempo no determinado acusa dolor abdominal tipo cóli-
co retortijón frecuente, principalmente post prandial, no acompañado de -
diarrea ni vómitos; hace más o menos un mes viene notando debilidad gene-
ral progresiva, sensación de mareo y palpitaciones frecuentes, refiere a-
demás, hiporexia moderada y cefaleas frecuentes.

EXAMEN FISICO:

P.A. 110/70. PULSO: 94 x'. TEMP. 37.2 c'. PESO: 120 Lbs.

Paciente poco desnutrida, en decúbito indiferente, coopera al interroga-
torio.

CABEZA: Conjuntivas moderadamente pálidas

TORAX: O

PULMONES: O

CORAZON: Sin aparente patología

ABDOMEN: Ligero dolor epigastrio a la palpación profunda.

GINECOLOGICO: Sin patología aparente.

DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Anemia secundaria, parasitismo intestinal.

Antes de su ingreso se ordena examen de heces, reportándose: Huevos de Uncinaria, Strongyloides y Ascárides.

A su ingreso se dan las siguientes órdenes:

- 1.- Examen hematológico y orina
- 2.- Dieta hiperproteica
- 3.- Elixir antiespasmódico
- 4.- Complejo B. 2 c.c. i.m. diario.

EXAMENES:

Hematológico: 3.080.000. Glóbulos Rojos. Hemoglobina: 8 gms%.

Hematócrito: 25 vol%. V.C.M. 81u³. Hb. C.M. 26 yy. C.Hb. C.M. 32%.

Orina: No patológica.

Al segundo día de su ingreso se ordena:

- 1.- Continuar iguales indicaciones.
- 2.- Sulfato Ferroso una tab. t.i.d.
- 3.- TIABENDAZOL (Mintezol) un gramo dos veces al día después de las comidas por tres días consecutivos.

Cabe hacer notar que la paciente no acusó durante su tratamiento antiparasitario ningún efecto colateral, manifestando aún durante su tratamiento una mejoría notable de sus síntomas con aumento del apetito.

Tres días después se ordena:

- 1.- Transfundir una pinta de sangre
- 2.- Exámenes de heces y orina, control.

RESULTADOS: Orina: No patológica.

Heces: Huevos de ascárides.

Se le da de alta a los diez días de su ingreso completamente asintomática.

000000

NOMBRE: Juan Alvarado Martínez
EDAD: 7 años, RAZA MESTIZA, SEXO: Masculino
LUGAR DE RESIDENCIA: Aldea El Paraíso, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 28 - IX - 68
SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea y desnutrición crónica
ENFERMEDAD ACTUAL:

Niño que hace más o menos diez meses viene acusando debilidad general progresiva, cansancio, inicialmente de grandes esfuerzos y últimamente de moderados esfuerzos lo mismo que falta de interés por los juegos permaneciendo desde hace dos meses, la mayor parte del tiempo sentado o acostado; apetito aparentemente satisfactorio. Se queja de dolor abdominal tipo cólico retortijón, acompañado de diarreas periódicas frecuentes; hace tres meses diarrea disintérica; presenta náuseas y vómitos esporádicos. Desde hace más o menos un año tiene tos poco productiva no hemoptoica.

Dieta deficiente en cantidad y calidad.

EXAMEN FISICO: P.A. 90/50, Pulso: 130X', Resp.: 28 x', Peso: 35Lbs.

Niño descalzo que denota desnutrición y decaimiento manifiesto, su edad biológica no concuerda con la aparente, descalzo.

CABEZA: Facios y conjuntivas pálidas
PULMONES: Estertores húmedos escasos en ambos campos pulmonares
CORAZON: Taquicardia moderada, soplo holosistólico moderado, ritmo normal.
ABDOMEN: Simétrico senugloboso depresible timpánico, a la palpación profunda se provoca dolor moderado en mesogastrio e hipocondrio.
HIGADO Y BAZO: No palpable
EXTREMIDADES: Hipotróficas
PIEL: Escamosa
DIAGNOSTICO DE INGRESO: Uncinariasis, anemia secundaria, desnutrición.

SE ORDENA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Dieta blanda
- 3.- Penicilina i.m.
- 4.- Expectorante

EXAMENES:

Hematológico: Glóbulos Rojos, 2.200.000, Glóbulos Blancos: 9.000
Hemoglobina: 5.4 grs., Hematócrito 16 vol.%, V.C.M. 71 uº, Hb.-C.M. 25. yy C. Hb. C.M. 28.
Heces: Quistes de A Hystolítica, Huevos de uncinaria y ascárides.
Orina: No palógica

SE LE INDICA:

- 1.- Transfundir media pinta de sangre ya
- 2.- Falmonox media tableta t. i. d.
- 3.- Complejo B.1 c.c. diario

El paciente mejora paulatinamente y al sexto día de su ingreso,

SE ORDINA:

- 1.- Transfundir 200 cc de sangre
- 2.- Dieta Hiperproteica
- 3.- Hipocron una cucharadita t.i.d.
- 4.- TIABENDAZOL (Mintezol) aproximadamente 350 mg. dos veces al día, después de las comidas, por tres días consecutivos; al tercer día se ordenan exámenes de control de heces y orina con los resultados siguientes:

Heces: Huevos de Uncinaria y Ascárides

Orina: No patológica.

Se repite nuevamente el tratamiento en la misma forma siendo los controles posteriores al tratamiento negativo por parásitos y con orina sin alteraciones patológicas.

El niño permanece en hospital 28 días sale bastante recuperado. Durante su tratamiento con TIABENDAZOL no presentó trastornos asociados.

00000

NOMBRE: Mariano V. Martínez
EDAD: 14 años, Sexo: Masculino, Raza: Mestiza
LUGAR DE RESIDENCIA: Santa Ana, Comayagua
SINTOMA PRINCIPAL: Debilidad general, tos y fiebre
ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que desde hace aproximadamente tres meses acusando debilidad general progresiva, mareos y palpitaciones frecuentes, pérdida de peso, últimamente apatía; refiere venir adoleciendo de dolores abdominales preferentemente post prandiales, sin diarrea; el apetito es satisfactorio. Hace aproximadamente quince días se le inicia elevaciones térmicas moderadas y persistentes, acompañadas de tos poco productiva y disfagia actualmente ha remitido este último síntoma.

EXAMEN FISICO: P.A. 100/60, PULSO: 108 x', TEMP.: 36.8°c, PESO: 70 lb. Paciente desnutrido, decúbito indiferente, descalzo, apático

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas; Orofaringe congestionada
PULMONES: Leves estertores y sibilancias diseminados en ambos campos pulmonares.
CORAZON: Taquicardia moderada, ruidos cardíacos normales en intensidad y ritmo, apex late en quinto espacio intercostal - por fuera de línea media clavicular izquierdo.
ABDOMEN: Plano, depresible escaso dolor en región supraumbilical
HIGADO Y BAZO: Dentro de límites normales
EXTREMIDADES: Miembros con masas musculares hipotróficas

Se interna con diagnóstico de uncinariasis y anemia secundaria, previo reporte de los exámenes de laboratorio que dan los siguientes resultados:

Heces: Huevos de uncinaria: 4sx varios campos, tricocéfalos 2 x varios campos.

.....

Hematológico: Glóbulos Blancos 9.300, Glóbulos Rojos 3.600.00
Hemoglobina, 9.5%, Hematócrito 27 vol%, V.C.M. 75 u'
Hb. C.M. 26 yy, C. Hb. C.M. 35%.
Orina: No patológica

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta Hiperproteica
- 2.- Complejo B.
- 3.- Sulfato Ferroso
- 4.- Penicilina
- 5.- Expectorante
- 6.- TIBENDAZOL (Mintezol) un gramo dos veces al día

después de las comidas por tres días consecutivos.

Dos días después de terminado el tratamiento antiparasitario se hacen los controles de laboratorio.

Heces: Negativo por parásitos
Orina: No patológica

Se le da de alta al quinto día para que siga tratamiento ambulatorio.

00000

NOMBRE: Candelario Mejía Granas
EDAD: 14 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA: La Trinidad, Comayagua.
FECHA DE INGRESO: 24 - 1 - 68.
SINTOMA PRINCIPAL: Fiebre y Artralgias, debilidad general
ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que ingresa con la sintomatología siguiente: Hipertemias persistentes, mialgias y artralgias múltiples, acompañadas de signos inflamatorios más evidentes en miembros inferiores, con evolución de ocho días y el antecedente de haber presentado proceso gripal inmediato anterior. Refiere además que desde hace aproximadamente un mes viene presentando palpitations y mareos frecuentes, sensación de debilidad de carácter progresivo, falta de interés por el trabajo, sensación de llenura frecuente, no acusa dolor abdominal ni diarrea, refiere buen apetito antes de la fiebre, dieta deficiente en calidad, es descalzo.

EXAMEN FISICO:

P.A. 100/60, PULSO: 100 x', RESPIRACION: 24 x', PESO: 75 lbs.
Paciente en decúbito dorsal obligado.

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas, orofaringe con exudado, amígdalas hipertróficas e hiporemicas
PULMONES: Respiración ruda en ambos campos pulmonares
CORAZON: Ruidos cardíacos aparentemente disminuidos de intensidad, no hay soplos.
ABDOMEN: Escaso dolor epigástrico
EXTREMIDADES: Las articulaciones radiocarpianas, escapulohumeral y tibiotalar, con signos inflamatorios acompañados de impotencia funcional. Se interna con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, poliartritis infecciosa.

SE LE ORDENA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Reposo en cama
- 3.- Dieta hiperproteica
- 4.- Sulfadiazina
- 5.- Aspirina

EXAMENES:

Heces: Quistes de E. Histolítica, Huevos de uncinarias, ascárides

Orina: No patológica

Hematológica: Glóbulos Blancos: 10.500, Glóbulos Rojos: 3.150.000

Hemoglobina: 8.6%, Hematócrito 26 vol%, V.C.M. 83 u, Hb.C.M.27 yy
C.Hb.C.M. 33%.

A los cinco días de su ingreso y al remitir el proceso infeccioso

SE ORDENA:

- 1.- Hacer pasar una pinta de sangre
- 2.- Sulfato Ferroso
- 3.- Vit del complejo B.
- 4.- TIABENDAZOL (Mintezol) 1 gramo diario dos veces
al día después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento presentó: Hiporexia moderada, náuseas, sensación de mareo durante el tiempo del tratamiento. Tres días - después, se hace el control de heces y orina con los resultados si guientes:

Heces: Quistes de A.Histolítica

Orina: No patológica

Se le da de alta a los 14 días de su ingreso.

00000

NOMBRE: José Nery Bonilla Ramírez
EDAD: 10 años, Sexo: Masculino, Raza: Mestiza
NACIMIENTO Y RESIDENCIA: Aldea La Reyna, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 28 - X - 68.
SINTOMA PRINCIPAL: Desnutrición, dolor abdominal y diarrea fre cuente

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que hace seis meses viene quejándose de dolor abdominal post prandial, acompañado de náuseas y vómitos ocasionales; refiere además evacuaciones diarreicas periódicas, que presenta - con bastante frecuencia. Desde hace cuatro meses, viene acusando falta de interés por el trabajo, temperamento irritable y mucho - sueño; cansancio inicialmente de grandes esfuerzos y actualmente se manifiesta a los esfuerzos moderados, acusando al mismo tiempo mareos y palpitaciones frecuentes; tendencia a comer tierra. Dieta deficiente en cantidad y calidad.

EXAMEN FISICO:

P.A. 90/60, PULSO: 136 x', TEMP.: 37 'c, PESO: 50 lbs.

Niño desnutrido; decúbito indiferente

CABEZA: Facies abotogadas, conjuntivas bastante pálidas

TORAX: Escaso panículo adiposo

.....

.....

PULMONES: Sin signos patológicos
CORAZON: Taquicardia moderada ritmo normal no se auscultan soplos
ABDOMEN: Semigloboso con timpanismo moderado doloroso a la palpación profunda en mesogastrio y epigastrio.
HIGADO Y BAZO: Sin particularidades
EXTREMIDADES: Miembros hipotróficos, pies descalzos no hay edemas
DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Anemia hiperquinética, uncinariasis, desnutrición.

SE LE INDICA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Dieta hiperproteica

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hematológico: G.R. 2.200.00, G.B. 8.500, Hb. 5.5 gms%
Hematócrito: 18 vol%, V.C.M. 75 u¹, Hb. C.M. 23 yy, C.Hb.C.M. 30%
Heces: Huevos de ascárides, tricocéfalos, strongyloides y uncinarias

SE LE INDICA:

- 1.- Hacer pasar 300 cc de sangre
- 2.- Complejo B. 1cc d
- 3.- Sulfato Ferroso

Al día siguiente de su ingreso, se le inicia tratamiento antiparasitario con TIABENDAZOL (Mintezol) 500 mg. dos veces al día, después de las comidas y por tres días consecutivos.

Al tercer día de terminado el tratamiento, se ordenan exámenes de heces y orina, con los resultados siguientes:

Heces: Huevos de ascárides, tricocéfalos y uncinaria
Orina: No patológica

Se repite el tratamiento antiparasitario en la misma forma y tiempo correspondiente; se esperan tres días después de la última dosis, para hacer nuevamente los controles de heces y orina:

Heces: Negativo por parásitos
Orina: No patológica

Se le da de alta a 18 días de su ingreso bastante mejorado. Durante su tratamiento con TIABENDAZOL no presentó trastornos asociados.

00000

NOMBRE: María Octavia Aldana Peña
EDAD: 23 años, SEXO: Femenino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Santa Ana, Comayagua
ESTADO CIVIL: Casada
FECHA DE INGRESO: 8 - V - 68
SINTOMA PRINCIPAL: Debilidad general, mareos y diarreas
ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que hace más o menos tres meses, viene acusando debilidad general progresiva, mareos y palpitaciones frecuentes, in-

.....

estabilidad emocional, síntomas que en el último mes se han hecho más frecuentes y pronunciados; acusando también cansancio de moderados esfuerzos, desnutrición progresiva, hiporexia moderada - con inclinación a comer tierra, crisis diarreicas esporádicas, a cusa dolores abdominales difusos, oligomenorrea.

EXAMEN FISICO:

P.A. 95/60, PULSO: 130 x', TEMP.: 38.8°, PESO: 7⁴ lbs.

Paciente desnutrido con palidez pronunciada de tegumentos, - decúbito indiferente, descalzo.

CABEZA: Cabello escaso y seco, facies y conjuntivas pálidas

TORAX: Escaso panículo adiposo

PULMONES: 0

CORAZON: Taquicardia moderada, ritmo normal, leve soplo holosistólico en foco mitral y aórtico accesorio

ABDOMEN: plano, simétrico y depresible; provocándose dolor moderado a la palpación profunda en todo el área, de preferencia en mesogastrio, hipocondrio derecho y FID, - peristaltismo normal.

EXTREMIDADES: Hipotróficas, edema maleolar bilateral insinuado, - signo de fobez.

PIEL: Seca, con placas peligroides en cara externa de muslos.

Se interna con diagnóstico de uncinariasis, síndrome plurica rencia y anemia secundaria.

SE LE INDICA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Dieta hiperproteica
- 3.- Acido Nicotínico
- 4.- Complejo B. I. M.
- 5.- Hipocoron

EXAMENES DE LABORATORIO:

Heces Huevos de uncinaria, ascárides, tricocéfalos y Strongyloides

Hematológico: G.R. 2.240.000, G.B. 9.500, Hb. 5.3. gms%

Hematócrito: 17 vol%, V.C.M. 75, Hb. C.M. 24 yy, C.Hb.C.M. 31%

SE LE INDICA:

- 1.- Transfundir una pinta de sangre
- 2.- TIABENDAZOL (Mintezol) 1 gm. dos veces al día - después de las comidas y por tres días consecutivos. Durante el - tratamiento con TIABENDAZOL la paciente presentó náuseas a partir del segundo día, acompañando de hiporexia, sensación de mareos y malestar general poco pronunciado; tres días después del último - día de tratamiento se ordena nuevo examen de heces y de orina reportando lo siguiente:

Heces: Huevos de ascárides y tricocéfalos

Orina: Negativo

Tres días después de la última dosis se inicia nuevamente el tratamiento antiparasitario con el mismo producto en idéntica dosis y con muy buen resultado para el resto de los parásitos exis-

tente.

Se le da de alta bastante mejorada de su estado general, a los 22 días de su ingreso,

000000

NOMBRE: Angel María Licona Flores
EDAD: 9 años, SEX: Masculino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Aldea Playitas, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 20 - XII - 68
SINTOMA PRINCIPAL: Desnutrición y diarrea
ENFERMEDAD ACTUAL:

Niño que según la madre desde hace un año viene acusando debilidad general persistente, acompañado de enflaquecimiento crónico, adinamia, mal carácter, renuencia a las labores escolares; desde fecha no determinada viene presentando dolores abdominales frecuentes, que en repetidas ocasiones culminan en vómitos alimenticios; refiere además evacuaciones diarreicas frecuentes con expulsión de ascárides y pronglótides; apetito satisfactorio, come tierra; no historia disentería.

EXAMEN FISICO:

P.A. 80/50, TEMP.: 37.2, PULSO: 120 x', RESP.: 26 x', PESO: 50 lbs.
Niño desnutrido en decúbito indiferente, desclzo.

CABEZA: Facies y conjuntivas bastante pálidas
PULMONES: 0
CORAZON: Taquicardia moderada, ritmo normal, no se auscultan soplos
ABDOMEN: Simétrico, semigloboso, timpánico, a la palpación se provoca dolor moderado en todo el área abdominal
HIGADO: Borde hepático se palpa a dos traveses de dedo por debajo de reborde costal; regular, no doloroso
BAZO: No palpable ni percutible
EXTREMEIDADES: Hipotróficas
PIEL: Seca

Se interna con diagnóstico de desnutrición y anemia secundaria.

SE LE INDICA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Hacer pasar 300 cc de sangre
- 3.- Complejo B.
- 4.- Hipocron
- 5.- Dieta Hiperproteica
- 6.- Antiespasmódico 1 cdita. cada 6 h.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Heces: Huevos de uncinaria, ascárides y strongyloides
Hematológico: G.ⁿ. 2.712.000, G.B. 8.500, Hemoglobina 6.80 gm%.
Hematócrito: 23 vol%, V.C.M. 80 u, Hb. C.M. 25 yy, C.Hb.C.M. 29%
Orina: No patológica

Se continúa en la misma forma y 12 días después, su estado general se considera satisfactorio.

.....

SE ORDENA:

- 1.- Hacer pasar 200cc de sangre
- 2.- TIABENDAZOL (Mintezol) 500 mg dos veces al día, después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento antiparasitario, prácticamente no hubieron manifestaciones gastrointestinales, el apetito se mantiene satisfactorio y su conducta es aparentemente normal.

Tres días después del tratamiento se ordenan exámenes de control de:

Heces: Negativo por parásitos
Orina: No patológico

Al momento de darle de alta a los 26 días de su ingreso, su estado general es bastante satisfactorio, comprobándose que la hepatomegalia ha disminuido sensiblemente.

00000

NOMBRE: Natividad Bonilla Cruz
EDAD: 5 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Lo de Reyna, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 18 - X - 68.
SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea y desnutrición
ENFERMEDAD ACTUAL:

Refiere el padre del niño que hace más o menos nueve meses viene acusando evacuaciones diarreicas en crisis periódicas frecuentes, acompañadas de dolor de tipo cólico retortijón y que en repetidas ocasiones presenta diarreas disentericas, que remiten con tratamiento médico extrahospitalario; refiere además, que el niño se ha mantenido en mal estado nutricional, desde hace más o menos dos años y que durante la actual enfermedad diarreica se ha acentuado, debilidad aparente, tos productiva periódica frecuente.

Según refiere el padre el niño toma alimentos que son deficientes en cantidad y calidad.

EXAMEN FISICO:

TEMP: 37.5 c', PULSO: 140 X', RESP: 30 X', PESO: 28 lbs.

Niño con pésimo estado nutricional, cuya edad biológica no concuerda con la aparente, no puede caminar.

CABEZA: Cabello escaso y seco, facies que revelan su mal estado nutricional con ojos deprimidos, conjuntivas pálidas, - queilosis y glositis.

PULMONES: Estertores húmedos escasos en bases pulmonares

CORAZON: Taquicardia, ritmo normal, soplo holosistólico audible sin dificultad.

ABDOMEN: Semigloboso, Simétrico, dolor escaso a la palpación profunda en toda el área.

HIGADO: Aumentado de tamaño, borde anterior a dos traveses de dedos por debajo de parrilla costal

BAZO: 0

EXTREMIDADES: Hipotróficas edema parimaleolar bilateral.
 PIEL: Se aprecian zonas hiperpigmentadas y queratósicas
 diseminadas en cara, muslos y regiones glúteas
 DIAGNOSTICO DE ENTRADA:
 Síndrome pluricarencial infantil, anemia secundaria,
 parasitismo intestinal.

SE ORDENA:

- 1.- Exámenes de rutina urgentes
- 2.- Dieta blanda
- 3.- Sustagen poca cantidad
- 4.- Complejo B.
- 5.- Antidiarreica
- 6.- Acido nicotínico
- 7.- Elixir antiespasmódico

EXAMENES:

G.R. 2.101.000, Hemoglobina 6.5 gm%, Hematócrito 19 vol%
 V.C.M. 85 u, Hb.C.M. 30 yy, C.Hb.C.M. 34%
 Heces: Huevos de ascárides, tricocéfalos, uncinarias
 Orina: No patológica

SE ORDENA:

- 1.- Transfundir 150 cc. de sangre

A los 14 días de su ingreso el niño se encuentra bastante -
 mejorado esperándose hasta esta fecha para hacer tratamiento anti-
 parasitario con TIABENDAZOL (Mintezol) 250 mg dos veces al día, -
 y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento se presentaron náuseas esporádicas,
 sin alterar el apetito.

Tres días después de la última dosis de TIABENDAZOL se or-
 dena control de heces y orina.

Heces: Huevos de ascárides
 Orina: No patológica

Se le da de alta bastante mejorado a los 42 días de su in-
 greso.

00000

NOMBRE: Ambrosio Castro Martínez
 EDAD: 16 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
 LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Siguatepeque, Comayagua.
 ESTADO CIVIL: Soltero
 SINTOMA PRINCIPAL: Debilidad general y diarrea
 ENFERMEDAD ACUAL:

Paciente que hace más o menos seis meses viene padeciendo
 de debilidad general progresiva, cansancio inicialmente de gran-
 des y después de moderados esfuerzos y últimamente de pequeños -
 esfuerzos, somnolencia, palpitaciones y mareos frecuentes.
 Dieta deficiente en calidad.

EXAMEN FISICO:

P. A. 100/60, PULSO: 110 X', TEMP.: 37.5, PESO: 90 lbs.

CABEZA: Facies y conjuntivas bastante pálidas
 TORAX: Escaso panículo adiposo, taquipnea moderada
 PULMONES: 0
 CORAZON: Taquicardia moderada, ritmo regular, soplo holosistóli
 co en foco mitral de escasa intensidad
 ABDOMEN: No se provoca dolor ni se palpan tumoraciones
 EXTREMIDADES: Hipotróficas, con ligero edema perimaleolar
 DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Anemia secundaria, parasitismo intestinal
 SE LE INDICA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Dieta Hiperproteica
- 3.- Complejo B.

EXAMENES:

G.R. 2.500.000, G.B. 9.000, Hemoglobina 6.5 gms%, Hematócrito 19
 Vol%, V. C. M. 76 u, Hb.C.M. 26 yy, 34%

Heces: Uncinarias, tricocéfalos, ascárides, quistes de G. Lam-
 blias

Orina: No patológica

Al conocer los resultados de los exámenes;

SE ORDENA:

- 1.- Transfundir una pinta de sangre
- 2.- Sulfato ferroso
- 3.- TIABENDAZOL (Mintezol) 1 gm. dos veces al día, -
 después de las comidas y por tres días consecuti
 vos.

Al tercer día después de terminado el tratamiento antipara-
 sitario, se ordena exámenes de Heces y Orina de control:

Heces: Quistes de G. Lamblías

Orina: No patológica.

Se le da de alta a los siete días de su ingreso, refiriendo-
 se a la consulta externa para continuar su tratamiento.

00000

NOMBRE: Danilo Montoya Hernández
 EDAD: 23 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
 LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: El Rosario, Comayagua
 ESTADO CIVIL: Casado
 FECHA DE INGRESO: 5 - 11 - 68.
 SINTOMA PRINCIPAL: Debilidad, mareos y falta de apetito
 ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que hace dos meses viene notando debilidad general
 progresiva, mareos frecuentes, falta de interés por el trabajo á-
 nimo decaído, al mismo tiempo que disminución de moderados esfuer-
 zos, notando enflaquecimiento; refiere además que últimamente acu-
 sa hiporexia moderada, calambres abdominales acompañado de náuseas
 sin culminar en vómitos; niega elevaciones térmicas.

EXAMEN FISICO:

P. A. 100/60, PULSO: 100 X', TEMP.: 36.8, RESP.: 22 X', PESO: 98 lb.

Paciente poco decaído, con aparente desnutrición moderada, decúbito indiferente.

CABEZA: Facies y conjuntivas pálidas
TORAX: Escaso panículo adiposo
PULMONES: 0
CORAZON: Leve taquicardia, ritmo normal
ABDOMEN: Plano depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio epigastrio
HIGADO Y BAZO: Dentro de límites normales
EXTREMIDADES: Nada de particular, descalzo
PIEL: 0
DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Desnutrición, anemia secundaria y parasitismo intestinal.

Antes de su ingreso, se le ordena los exámenes de rutina, - que arrojan los datos siguientes:

Hematológico: G.R. 3.080.000, Hemoglobina 7.7 gm%, Hematócrito - 24 vol% V.C.M. 78 u, Hb.C.M. 25 yy, C.Hb.C.M. 32%
Heces: Quiste de Hystolítica, huevos de ascárides, uncinarias y Strongyloides.
Orina: No patológica

SE LE INDICA:

- 1.- Transfundir una pinta de sangre
- 2.- Dieta Hiperproteica
- 3.- Sulfato Ferroso
- 4.- TIABENDAZOL (Mintezol) 1 gm dos veces al día, después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento antiparasitario, presentó como efectos colaterales náuseas esporádicas, leves mareos e hiporexia moderada.

Tres días después de la última dosis de TIABENDAZOL se ordena nuevo examen de heces y orina.

Heces: Quistes de Hystolítica
Orina: Normal

Se le da de alta, remitiéndose a la consulta externa para - continuar tratamiento antianémico.

00000

NOMBRE: Carlos Francisco Granados Almendares
EDAD: 7 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Jardines, Siguatepeque, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 7 - VIII - 68
SINTOMA PRINCIPAL: Edema, adinamia y diarrea
ENFERMEDAD ACTUAL: Niño que hace nueve meses viene acusando dolor abdominal, acompañado de crisis diarreicas periódicas; al mismo tiempo notan sus padres que el niño se mantiene irritable con deseo de solo mantenerse sentado, buen apetito, con tendencia a comer tierra. Desde hace aproximadamente seis meses el niño presenta desnutrición y debilidad manifiesta. Hace un mes le aparecen edemas de extremidades con abotagamiento facil. Niega historia de tos.

EXAMEN FISICO:

TEMP.: 37.5'c, PULSO: 120 X', PESO: 4⁹ lbs.

Niño desnutrido, cuya edad biológica no concuerda con la aparente, quejumbroso.

CABEZA: Pelo escaso y seco, facies abotagadas, queilosis y glotitis

TORAX: Escaso panículo adiposo

PULMONES: Sin signos patológicos

CORAZON: Taquicardia moderada ritmo normal, leve soplo holosistólico en foco mitral

ABDOMEN: Semigloboso, timpánico, dolores a la palpación profunda en toda el área, hiperperistaltismo.

HIGADO Y BAZO: 0

EXTREMIDADES: Hipotroficas, edema bilateral de piernas y pies, signo de fovea

PIEL: Lesiones pelagroides en muslos y miembros superiores

DIAGNOSTICO DE ENTRADA: Síndrome pluricarencial, enterocolitis crónica.

SE LE INDICA:

- 1.- Exámenes de rutina
- 2.- Dieta blanda
- 3.- Antidiarreica
- 4.- Elixir Antiespasmódico
- 5.- Complejo B.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hematológico: G.R. 2.860.000, Hemoglobina 7 gm%, Hematócrito 23 - vol% V.C.M. 80 u, Hb.C.M. 24 yy. 30%.

Heces: Quistes de A. Hystolitica, huevos de uncinaria, strongyloides, ascárides.

Orina: Normal

SE ORDENA:

- 1.- Transfundir 180 cc de sangre
- 2.- Acido nicotínico

Al décimo día de su ingreso el estado general ha mejorado

SE ORDENA: 1.- Transfundir 180 cc de sangre
2.- TIABENDAZOL (Mintezol) 500 mg dos veces al día después de las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento antiparasitario, no presentó trastornos gastrointestinales, heces blandas. Tres días después de la última dosis de TIABENDAZOL se ordena: examen de heces y orina.

Heces: Quistes de A. Hystolitica

Orina: Normal.

Se sigue tratamiento dándole el alta a los 30 días de su ingreso como curado.

000000

.....

NOMBRE: José Martínez López
EDAD: 6 años, SEXO: Masculino, RAZA: Mestiza
LUGAR DE RESIDENCIA: El Rosario, Comayagua
FECHA DE INGRESO: 8 - 1 - 69
SINTOMA PRINCIPAL: Diarrea y edema de extremidades
ENFERMEDAD ACTUAL: Niño que según su padre, desde hace más o menos un año, viene aquejando diarreas periódicas frecuentes, acompañadas de náuseas y vómitos post prandiales, relativamente frecuentes. Desde hace ocho meses el niño sufre adelgazamiento progresivo, al mismo tiempo se torna apático, irritable, indiferente a las labores hogareñas. Desde hace más o menos dos meses, los síntomas se le acentúan, acusando cansancio de moderados esfuerzos; desde esa fecha presenta edema de extremidades, que le remiten y vuelven a aparecer periódicamente en relación con las crisis diarreicas.

Actualmente, el niño acusa evacuaciones diarreicas en número de tres a cinco en veinticuatro horas, iniciada hace quince días; dolor abdominal de mediana intensidad; hace cinco días le aparece edema de extremidades inferiores, de carácter progresivo ascendente; acusa fiebre y tos productiva desde hace cinco días. Hiporexia moderada. Dieta deficiente en calidad.

EXAMEN FISICO:

PULSO: 130 X', RESP.: 28 X', PESO: 48 lbs. TEMP.: 38.5
Niño de carácter irritable, decúbito indiferente
CABEZA: Cabello seco y escaso; facies y conjuntivas pálidas, -- queilosis, en comisuras labiales, moderada glositis.
TORAX: Escaso panículo adiposo
PULMONES: Estertores húmedos en regiones parahiliares
CORAZON: Taquicardia moderada, ritmo normal, no se auscultan soplos.
ABDOMEN: Semigloboso, poco timpánico, doloroso a la palpación en toda el área; no se palpan tumoraciones.
HIGADO Y BAZO: 0
GENITALES: 0
EXTREMIDADES: Se aprecia edema de pies y piernas hasta su tercio medio, bilateral, signo de fovea, no doloroso, descalzo
PIEL: Seca, lesiones pelagroides en ambos muslos.
DIAGNOSTICO DE INGRESO: Síndrome pluricarenal, enterocolitis crónica, bronquitis aguda, anemia secundaris, parasitismo intestinal.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta blanda
- 2.- Penicilina
- 3.- Sulfadiazina
- 4.- Expectorante
- 5.- Antidiarreicos
- 6.- Acido Nicotínico
- 7.- Exámenes de rutina

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hemogloblina: 6 gms%, Hematológico: G.R. 2.300.000, Hematócrito:

.....

18 vol%, V.C.M. 7⁹ u, Hb.C.M. 26 yy, C.Hb.C.M. 33%.

Heces: Huevos de uncinaria, ascárides y strongyloides

Orina: Normal

Al segundo día de su ingreso

- 1.- Continuar iguales indicaciones
- 2.- Transfundir media pinta de sangre
- 3.- Complejo B. 1cc diario

Al sexto día de su ingreso se le transfunde 200 cc de sangre.

Al décimo día, habiendo remitido el cuadro bronquial y la diarrea, su estado general mejorado.

SE LE INDICA:

- 1.- Dieta hiperproteica
- 2.- Hipocrón
- 3.- Complejo B.
- 4.- TIABENDAZOL (Mintezol) 500 mg. dos veces al día, durante las comidas y por tres días consecutivos.

Durante el tratamiento con TIABENDAZOL no presentó ningún trastorno gastrointestinal asociado.

SE ORDENA:

Examen de heces y orina de control

Heces: Sin parásitos

Orina: Normal.

El niño mejora paulatinamente, y ya para el día 28 después de su ingreso, se encuentra con estado general bastante satisfactorio. Se le da el alta.

EXPERIENCIAS OBTENIDAS

Como habrán observado, en ninguno de los casos presentados - encontramos que pueda considerarse esencialmente puro de síndrome uncinariásico, ya que en su totalidad van aparejados a desnutrición crónica, por alimentación insuficiente.

Todos los casos considerados corresponden a una infección mixta, puesto que a las uncinarias las acompañan ascárides, Tricocefalos y strongyloides y en varios de ellos, amibas histolíticas y giardia lamblia.

Casi en su totalidad corresponden a familia de escasos recursos; pobreza, que generalmente va acompañada a la ignorancia, factores ambos que campean incommovibles en un porcentaje alto de nuestra población campesina.

Los malos hábitos de higiene, la alimentación deficiente y la imposibilidad de adquirir las prendas más elementales como el zapato; inclinan en gran manera a un alto porcentaje de nuestros conciudadanos a padecer de infestaciones parasitarias, desde edad temprana y hasta su muerte.

Se ha puesto de relieve, la conducta seguida en los casos en que la desnutrición estaba poniendo en peligro la vida; posponiendo el tratamiento antiparasitario, hasta que el estado nutricional había presentado una mejoría notable; lograda a base de dieta, vitaminas y minerales, y transfusiones de sangre en los casos que registraron anemia pronunciada.

ESQUEMA # 1

Edades	# de Casos
Menores de 7 años	4
De 7 a 14 años	10
Adultos	6
Total	20

ESQUEMA # 2

SEXO	# de Casos
Masculino	15
Femenino	5

ESQUEMA # 3

Síntomas colaterales
del tratamiento

No.de Casos

Náuseas	4
Vómitos	2
Mareos	4
Hiporexia	4

ESQUEMA # 4

Infección mixta

No. de casos

Ascárides	18
Tricocéfalos	8
Strongyloides	9
E. Histolítica	5
G. Lambias	4

Transfusiones sanguíneas Total 17

Tratamiento repetido total 3

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Con todo lo anteriormente expuesto, en este sencillo trabajo de tesis, he llegado al resumen y conclusiones siguientes:

- 1o.- Todos los casos presentados respondieron al tratamiento uncinariásico con TIABENDAZOL, y se repitió nuevamente la medicación antiparasitaria únicamente en tres de ellos.
- 2o.- El TIABENDAZOL es un antiparasitario de confianza, ya que no se registraron casos de intoxicación, o lesión aparente de algún órgano vital; por el contrario, los enfermos evolucionaron muy satisfactoriamente. Se presentaron leves efectos colaterales, como: Náuseas, vómitos esporádicos, mareos e hiporexia moderada y transitoria, en un 20% de los casos. Los exámenes de orina, no registraron albuminuria o cristaluria, asociadas al tratamiento antiparasitario.
- 3o.- Siendo mixtas casi en su totalidad las infestaciones parasitarias, el TIABENDAZOL da resultados efectivos en el resto de los metazoarios, y solamente en menor grado, en la ascaridiasis; redundando en una gran economía, tanto en tiempo como en dinero, para el hospital o para el paciente.
- 4o.- Siendo el TIABENDAZOL un antiparasitario atóxico, se le puede prescribir al paciente ambulatorio, sin ningún peligro.
- 5o.- En todo paciente con síndrome pluricarenal avanzado y asociado a uncinariasis, es menester mejorar el estado general, para poder prescribir la medicación antiparasitaria, ya que en esta forma podemos evitar poner en peligro la vida del paciente, que por sus alteraciones podemos decir acentuadas de los órganos vitales; podría necesitarse una leve noxa, para perder el equilibrio que mantiene y llevarlo a una muerte segura.
- 6o.- Todos los pacientes estudiados eran descalzos, pobres y en su mayoría del medio rural; desconocedores de las medidas higiénicas elementales, que deben observarse para evitar la infestación parasitaria.

-
- 70.- El período de internamiento, en los casos estudiados, fluctuó entre cinco y cuarenta y dos días.
- 80.- Dados los casos de anemias pronunciadas, se procedió a transfundir sangre, en un 85% de los casos.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1.- Dotar a todos los Hospitales de la República, del equipo de laboratorio suficiente y de laboratoristas capacitados, para poder conducir la medicina hondureña por caminos más eficientes y científicos.
- 2.- Los organismos estatales vinculados con la salud pública al igual que todo médico, tiene el deber de librar campaña por la medicina preventiva, lo mismo que por la instrucción del pueblo sobre recomendaciones higiénicas necesarias, para evitar el parasitismo intestinal; pues está demostrado hasta la saciedad que la padece en 99% de nuestra población, cobrándoles un alto tributo tanto en vidas, como en sus raquílicas economías y la gama de secuelas que conlleva este mal endémico.
- 3.- Abastecer las ciudades y pueblos de Honduras, con verdaderos sistemas de agua potable, evitando la contaminación de las mismas y practicando su purificación química.
- 4.- Promover verdaderos programas de letrización rural.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- PATOLOGIA CLINICA, por Ernest Carroll y Paul Farr Russell. Versión española de Antonio Capella Bustos y Fernando López Bello. Editorial Hispano-Americana, de México, D. F., 1961.
- 2.- NEMATODOS INTES^TINALES, por Gustavo J. Dannin. Medicina Interna T. R. HARRISON. Tercera Edición en español, 1965.
- 3.- CLINICAS MEDICAS DE NORTE AMERICA. Dr. Joseph H. Davis. - Pag. 1206, septiembre 1967.
- 4.- TIABENDAZOLE TOLERANCE STUDIES IN MAN. Robinson, H. J. -- Nerck Institute for Therapeutic Research. Abril 10, 1963; and Biological Studies 2, Abril 23, 1963.
- 5.- BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. Por Louis S. Goodman y Alfred Cilman. Pag. 1283. Editorial Hispano-Americana, 1962.
