



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión practica del examen complejo previo a la obtención del  
grado academico de licenciado(a) en enfermería**

**CASO CLÍNICO:**

**ACCIONES DE ENFERMERIA EN LACTANTE MAYOR DE 22 MESES DE  
EDAD CON AMEBIASIS INTESTINAL**

**AUTORES:**

**ISMAEL ANTONIO PAREDES MUÑOZ**

**TUTOR:**

**LIC. MARIA ATIENCIA TORRES**

**BABAHOYO - LOS RÍOS – ECUADOR**

**2020**

## INDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	II
<b>TITULO DEL CASO CLINICO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	VI
<b>I. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
<b>DIAGNÓSTICO</b> .....	3
<b>TRATAMIENTO</b> .....	3
<b>PREVENCIÓN</b> .....	4
<b>EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	5
<b>1.1 JUSTIFICACION</b> .....	6
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	6
<b>1.3 DATOS GENERALES</b> .....	7
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	7
<b>2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente</b> .....	7
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)</b> .....	8
<b>2.3 Examen físico (Exploración clínica)</b> .....	8
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados</b> .....	10
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo</b> ....	10
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar</b> .....	10
<b>2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales</b> .....	13
<b>2.8 Seguimiento</b> .....	13
<b>2.9 Observaciones</b> .....	15
<b>CONCLUSIONES</b> .....	16
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	
<b>ANEXOS</b> .....	

## **DEDICATORIA**

Dedico este esfuerzo a mis padres que siempre me han apoyado de múltiples maneras, ya que este proceso por el cual estoy finalizando no ha sido fácil y ellos han sido el sustento de mantenerme de pie y continuar, también agradecer a mis hermanos ya que han estado allí brindándome su apoyo incondicional y por último a mis amistades que me ayudaron cuando se me presentaban dificultades en el camino.

**ISMAEL ANTONIO PAREDES MUÑOZ**

## **AGRADECIMIENTO**

Con gran aprecio agradezco a la Universidad técnica de Babahoyo y a la escuela de Enfermería por brindarme los servicios necesarios en cuanto a educación durante mi proceso de profesionalización, también agradezco al docente que formo parte de ese proceso durante el cual, dieron lo mejor de ellos/as para una excelente formación académica.

Por último, quiero agradecer a todas las instituciones que me brindaron su apoyo en mi desarrollo profesional, a mi tutora que, con su constante tiempo y dedicación como guía, hizo posible el final de este logro.

**ISMAEL ANTONIO PAREDES MUÑOZ**

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**ACCIONES DE ENFERMERIA EN LACTANTE MAYOR DE 22 MESES DE  
EDAD CON AMEBIASIS INTESTINAL**

## RESUMEN

La amebiasis, entamoebosis o amibiasis es una enfermedad parasitaria causada por *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba dispar* que se alojan generalmente en el intestino grueso. Puede llegar a invadir la mucosa intestinal y producir ulceraciones y dispersarse a otros órganos. El colon ascendente es la parte del intestino grueso más afectada. *Entamoeba histolytica* actúa frecuentemente como un comensal, el noventa por ciento de los casos son asintomáticos. En otros casos, la amebiasis se manifiesta por la presencia de disentería y dolor abdominal. Los grupos con mayor riesgo de padecer la enfermedad son los niños, ancianos, desnutridos y los pacientes que reciben terapia con corticoides.

Los factores socioeconómicos influyen en la transmisión de esta enfermedad. Se la denomina también como una enfermedad cosmopolita ya que sus medidas de transmisión son universales. Los grupos con mayor riesgo de padecer la enfermedad son los niños, ancianos, desnutridos y los pacientes que reciben terapia con corticoides. Esta enfermedad predomina en los países pobres y muy poco en países desarrollados.

En su prevención se ejecutaron medidas estandarizadas para evitar la transmisión de este parásito: lavado de los alimentos antes de su consumo, realización de lavado de manos, abstenerse a la práctica oro-anal, que mayormente es frecuentada en homosexuales. Es indispensable hervir bien el agua en caso de no constar con dinero suficiente para comprar agua embotellada, cerciorarse de que los alimentos estén bien cocidos, especialmente aquellos que fueron regados con aguas negras.

**Palabras claves:** Amebiasis, Parásito, Comensal, Cosmopolita, Corticoides.

## ABSTRACT

Amebiasis, entamoebosis, or amebiasis is a parasitic disease caused by *Entamoeba histolytica* and *Entamoeba dispar* that generally lodges in the large intestine. It can invade the intestinal mucosa and cause ulcerations and spread to other organs. The ascending colon is the most affected part of the large intestine. *Entamoeba histolytica* frequently acts as a diner, ninety percent of cases are asymptomatic. In other cases, amebiasis is manifested by the presence of dysentery and abdominal pain. The groups with the highest risk of developing the disease are children, the elderly, malnourished and patients receiving corticosteroid therapy.

Socioeconomic factors influence the transmission of this disease. It is also called a cosmopolitan disease since its transmission measures are universal. The groups with the highest risk of developing the disease are children, the elderly, malnourished and patients receiving corticosteroid therapy. This disease predominates in poor countries and very little in developed countries.

In its prevention, standardized measures were implemented to prevent the transmission of this parasite: washing food before consumption, carrying out hand washing, abstaining from oro-anal practice, which is mostly frequented by homosexuals. It is essential to boil the water well if you do not have enough money to buy bottled water, make sure that the food is well cooked, especially those that were watered with sewage.

**Key words:** Amebiasis, Parasite, Commensal, Cosmopolitan, Corticosteroids.

## INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales son infecciones causadas por parásitos que son organismos que residen y se abastecen a expensas de otro causándole daño o enfermedad, estos se alojan en el aparato digestivo y su principal mecanismo de transmisión es la vía fecal-oral, producida por la ingestión de alimentos o agua contaminada.

La parasitosis intestinal es una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial y una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población infantil, estableciendo así un grave problema de Salud Pública. Esta enfermedad tiene mayor incidencia en los países en vías de desarrollo, especialmente en las zonas rurales.

En nuestro país más del cincuenta por ciento de la población rural tiene parásitos, la parasitosis intestinal generalmente es asintomática por lo que suele ser infravalorada. Los síntomas que presenta el niño/a depende del grado de infestación, en ocasiones puede presentar algunos síntomas como: diarrea, dolor abdominal, disminución o pérdida del apetito y astenia.

En el Ecuador la parasitosis es una realidad en la población, para evitar este tipo de enfermedad son: mejorar la calidad de vida, buenos servicios en la inspección de los alimentos por medio del gobierno descentralizado, para la adquisición de alimentos de calidad, vivienda, educación y saneamiento ambiental. Sin embargo, un alto porcentaje de personas no cuentan con todo lo mencionado anteriormente, por lo que es necesario educar a la población sobre prevención.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **AMEBIASIS INTESTINAL**

La amebiasis, amibiasis o entamoebosis es una enfermedad parasitaria causada por las amebas, *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba dispar*, protozoos rizópodos muy prolongados en climas cálidos y tropicales. Se albergan generalmente en el intestino grueso. Puede penetrar la mucosa intestinal produciendo ulceraciones y esparcirse a otros órganos.

El parásito ingresa como quistes maduros a través de la ingestión de alimentos o líquidos contaminados con heces que portan esta forma del parásito. Cuando invaden el colon, puede producir disentería.

(Luis Fonte Galindo, 2001) refiere que *Entamoeba histolytica* es un protozoo que se transmite por lo general de una persona a otra por la contaminación fecal de los alimentos o de las manos, pero que también puede hacerlo por contacto sexual en prácticas de relaciones oro-anal.

*Entamoeba histolytica/dispar* puede vivir en el colon sin ocasionar ninguna enfermedad, pero en algunos casos, produce inflamación e invasión parasitaria de la pared del colon y provoca un cuadro de colitis, disentería aguda o diarrea crónica. La infección puede esparcirse al hígado, piel y mucosa, pulmones, cerebro entre otros órganos a través de la sangre. (Luis Fonte Galindo, 2001)

- **FORMAS CLINICAS DE LA AMEBIASIS**

Se considera que el diez por ciento de las personas que portan *Entamoeba histolytica* presentan síntomas y el noventa por ciento no presenta síntoma alguno. Entonces, no todos los que porten el parásito tienen la enfermedad, ya

que depende de las defensas del hospedero y la virulencia del parásito. (David Botero, 2012)

### **Amebiasis intestinal asintomático**

El noventa por ciento presenta *Entamoeba histolytica* sin presentar síntoma alguno, pero no se puede descartar que este puede evolucionar a una de sus formas de amebiasis sintomática o como puede ser eliminado por las heces en su forma quística. (Luis Fonte Galindo, 2001)

### **Amebiasis intestinal sintomática**

La sintomatología de esta enfermedad es el resultado de la invasión de la pared del colon por trofozoíto de *Entamoeba histolytica*. La presentación de esta manifestación de la amebiasis se refleja de dos formas: colitis amebiana disintérica y colitis amebiana no disintérica. (Luis Fonte Galindo, 2001)

- **Colitis amebiana disintérica**

Se caracteriza por tres manifestaciones clínicas que son: diarreas mucosanginolentas, cólicos intestinales y tenesmo rectal. Al principio las deposiciones pueden ser pocas numerosas, abundantes y de consistencia blandas. Luego, puede presentar cólicos intestinales seguidos del proceso de la defecación. Luego de la insistencia de este proceso con pasar de días, la musculatura del recto se encuentra contraída y crea la necesidad de proceder al proceso de la defecación sin que este se realice. (Luis Fonte Galindo, 2001)

- **Colitis amebiana no disintérica**

También conocida colitis amebiana crónica, mediante examen endoscópico se observa la mucosa del colon edematosa, como también úlceras amebianas. Las manifestaciones clínicas que se evidencia en este tipo de colitis son: cambios en el ritmo de defecación y dolor abdominal. (Luis Fonte Galindo, 2001)

## **AMEBIASIS EXTRAINTESTINAL**

Los trofozoítos atraviesan la mucosa intestinal invadiendo los vasos sanguíneos de los tejidos más cercanos, lo cual ingresan a un sistema de vasos sanguíneos donde se pueden dirigir a diversas direcciones, causando abscesos a diferentes órganos y con mayor frecuencia el hígado, poco frecuente hacia la piel y mucosa, pulmón, riñón y cerebro. La manifestación extraintestinal más frecuente es el absceso hepático, pueden presentar un cuadro clínico agudo o crónico con un agregado de dolor en hipocondrio derecho asociado con síntomas referentes a la patología que son mialgias, malestar general, pérdida de peso y fiebre. (Marco A. Becerril Flores, 2014)

## **DIAGNÓSTICO**

Uno de los métodos más utilizados es la técnica de PCR que se ha convertido en un método de elección por su gran sensibilidad y especificidad en la detección de esta infección, también porque permite diferenciar los tres tipos de Entamoeba que años atrás eran indistinguibles. En países de escasos recursos es poco utilizada por su costo, complejidad y poco entrenamiento para aplicar esta técnica. Entonces, la técnica de ELISA, es la más utilizada en el tercer mundo acompañado con técnicas serológicas para el diagnóstico de esta parasitosis, es también utilizada para el diagnóstico de AHA (Absceso Hepático Amebiano). (Leonor Chacín-Bonilla, 2013)

Puede emplearse la colonoscopia y/o sigmoidoscopia para el dictamen de amebiasis, destacando el pacto más habitual de ciego, recto y colon ascendente. En el examen endoscópico se evidencia que la colitis amebiana puede ser confundida con la inflamación intestinal por la diferenciación de múltiples erupciones. (María Isabel Domínguez M, 2018)

## **TRATAMIENTO**

Principalmente se trata con metronidazol o tinidazol.

Para la erradicación de los quistes, se administra yodoquinol, paromomicina o furoato de diloxanida.

Para el tratamiento de los síntomas gastrointestinales y amebiasis extraintestinal se usa: Metronidazol de 500 a 750 mg en adultos, tres veces al día; 12 a 17 mg/kg en niños, de igual manera tres veces al día. Todo esto se aplica alrededor de 7 a 10 días. En el caso de tinidazol, los adultos pueden recibir 1gr al día, en los niños mayor de 3 años se recomienda dar 50mg/kg al día con un máximo de 2g al día. El tiempo de tratamiento dependerá de la clasificación de la amebiasis, 3 días en casos leves y moderados, 5 días en casos graves y de 3 a 5 días en abscesos hepáticos. Estos dos medicamentos se contraindican durante el embarazo.

Para erradicación de los quistes se usa yodoquinol 650 mg en adultos, después de las comidas/3 veces al día. De 10-13 mg/kg en niños máximo 2g/día tres veces al día. Todo esto se debe tomar con un tiempo de 20 días. La paromomicina de 8 a 11 mg/kg tres veces al día, vía oral junto con las comidas. Y, por último, el furoato de diloxanida, tres veces al día por vía oral, se da 7 mg/kg en niños tres veces al día. En un tiempo de 10 días, tanto en adultos como niños. (Richard D. Pearson , 2018)

## **PREVENCIÓN**

- Aseo de manos antes y después de comer o tocar superficies que se supone que están contaminadas o expuestas a gran parte de microorganismos patógenos.
- Eludir el contacto de la boca con las manos.
- Preparar las comidas con alimentos que se encuentren correctamente lavados y cocidos.
- Tomar agua potable o agua hervida.
- Conservar una dieta balanceada y sana.

- Mantener el hogar en estancia habitables, donde la limpieza sea la prioridad.
- Precaver la integridad física, evitando el contacto de la manos y pies con el suelo que se supone que estuvo en contacto con materia fecal.
- Evitar ingerir alimentos vendidos en la calle y en los que se observa mala higiene del local. (Dr. Wilhelm, 2007)

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La amibiasis a nivel mundial esta denominada como la tercera parasitosis que provoca más muertes. Se considera que el 10 a 20% de la población global se presume que está infectada con este tipo de parasitosis y el diez por ciento de esta población antes mencionada sufre la enfermedad, con una letalidad de 0,1 y 0,25% (con datos más accesibles, de 500 millones de infectados, 50 millones de enfermos y entre 40 y 110 mil muertes). La amibiasis es más mortal en los extremos del ciclo vital de los seres humanos, mientras que la amibiasis extraintestinal es predominante en varones de 30 a 45 años de edad. (Ma. Del Carmen Conde.B, Carlos De La Mora.Z, 2000)

De esta parasitosis, el absceso hepático amebiano es muy frecuente en diversos países de planeta. La prevalencia de esta amebiasis extraintestinal es muy frecuente en zonas tropicales y en áreas con deficientes condiciones sanitarias. El absceso hepático aparece en el 1% de las personas que se infectan con amebiasis. (J. Fleeta Zaragozano, O. Bueno Lozano, M. Bueno Lozano, 2000)

En el Ecuador no hay cifras oficiales de la amebiasis ni de su distribución geográfica. La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica no considera a *E. histolytica* entre los microorganismos involucrados en el Síndrome Diarreico Agudo ni tampoco como parte de los microorganismos causantes de enfermedades transmitidas por agua y alimentos. Sin embargo, la Región Andina

de América del Sur está considerada como región endémica de amebiasis lo que ha llevado a algunos organismos de salud al uso continuo de anti amebianos, práctica que está contraindicada por la OMS. (Thamara Andrade Mayorga, 2015)

## **1.1 JUSTIFICACION**

Por todo lo antes planteado, el presente estudio de caso se enfocará en detallar las acciones de enfermería que deben desarrollar el personal y cómo influyen los mismos en la prevención de la amebiasis intestinal en lactantes mayores de 22 meses; de las cuales se identificarán conceptos claros y científicos de esta enfermedad que es muy importante y que la población desconoce, a quien afecta y porque se da. De esta forma este estudio de caso beneficiará tanto al personal de enfermería como a este grupo vulnerable.

Este tipo de enfermedad, juega un papel importante, por esa razón es necesario manejar cifras actualizadas sobre las infecciones parasitarias, especialmente en zonas rurales donde la prevalencia de parasitosis intestinal es eminente, para brindar información verídica y confiable, al equipo de salud con la finalidad de que adopten medidas necesarias, como campañas de prevención y desparasitación en poblaciones de alto riesgo. La desparasitación puede precautelar el 82% del retraso en el crecimiento y es responsable de 35% del aumento de peso en niños en edad preescolar con malnutrición. Además, reduce la ausencia de asistencia de los escolares en un veinte y cinco por ciento que a su vez permite el progreso del sistema educativo y la permanencia escolar en los niños.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar acciones de enfermería en todas sus etapas en un paciente lactante mayor de 22 meses de vida más amebiasis intestinal mediante el análisis de un caso clínico.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

Elaborar diagnóstico de enfermería de acuerdo al problema identificado, utilizando la taxonomía NANDA.

Planificar las acciones de enfermería jerarquizadas al problema identificado.

Evaluar los resultados obtenidos, posterior a la ejecución de las acciones de enfermería.

### **1.3 DATOS GENERALES**

**Nombres completos:** N/N

**Edad:** 22 meses

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** N/R

**Hijos:** N/R

**Ocupación:** N/R

**Nivel de estudios:** N/R

**Nivel sociocultural/económico:** Bajo

**Raza:** Mestiza

**Procedencia Geográfica:** Coop. Reina del Quinche – Guayaquil- Guayas

**Convivientes:** 6 personas (ambos padres y 4 hijos).

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente**

Paciente de sexo femenino, lactante mayor de 22 meses de vida con cuadro clínico de 9 días de evolución que inicio con deposiciones líquidas

de 15 deposiciones al día, con moco y sangre. Presentó un estado febril de 38,7 °C y dos episodios emético de contenido alimentario. Dado las circunstancias acuden los padres con el lactante al centro de salud, presentando mucosa oral seca, somnolencia. No presentan antecedentes personales, ni familiares.

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)**

Se recibe al lactante en el área de unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), donde se lo canaliza para empezar terapia de hidratación y recuperación de electrolitos. Se entrevista a los padres refiriendo que el lactante presentó deposiciones recurrentes, fiebre, somnolencia, astenia, deshidratación hipotónica. Ante la entrevista refiere contacto de aguas estancadas, consumo de alimento de la calle con poca presencia de salubridad, aparte tienen animales (1 perro y dos gatos).

En la sala, ante su llegada se lo valora y se observa con un grado de deshidratación grave por la presencia de mucosa bucal seca, labios secos, palidez, anuria, 15 deposiciones líquidas al día + dos episodios eméticos con contenido alimentario. Alza termina de 38,8 + taquicardia. Mediante la palpación abdominal se pudo percibir que disminución de ruidos hidroaéreos. En el campo neurológico, se encuentra somnoliento.

## **2.3 Examen físico (Exploración clínica)**

### **Signos vitales**

- **PA:** 60/100 mmHg
- **FC:** 125 Lpm
- **FR:** 30 Rpm
- **T°:** 38,8
- **O2:** 98%

- **Peso:** 11kg
- **Talla:** 83 cm

### **Valoración cefalocaudal**

- **Piel:** moderadamente deshidratada
- **Cabeza:** normo cefálica, implantación capilar normal, con nada que llame la atención.
- **Cara:** facies pálidas generalizada
- **Ojos:** simétricos, hundidos y secos.
- **Nariz:** simétrica, vías aéreas permeables sin presencia de lesiones.
- **Boca:** labios secos, lengua pálida, mucosa bucal seca.
- **Cuello:** simétrico, sin presencia de lesiones ni de ganglios inflamados.
- **Extremidades superiores:** simétricas.
- **Tórax:** simétrico, a la auscultación cardio-pulmonar normal y campos ventilados.
- **Abdomen:** blando, depresivo y no doloroso a la palpación
- **Extremidades inferiores:** simétricas, existiendo debilidad en ambas piernas.
- **Genitales:** normales, nada que llame la atención.

### **Valoración por patrones funcionales**

- **Percepción / Control De Salud:** Sin antecedentes patológicos familiares ni personales.
- **Nutricional Y Metabólico:** membranas y mucosas deshidratadas, palidez generalizada de la piel.
- **Eliminación:** deposiciones concurrentes, episodios eméticos.
- **Actividad / Ejercicio:** fatiga, debilidad muscular y disminución de fuerza, taquicardia.
- **Sueño / Descanso:** trastornos del sueño, somnolencia.
- **Cognitivo / Perceptual:** signos de debilidad.

- **Autocontrol / Auto concepto:** Sin alteraciones.
- **Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés:** Sin alteraciones.
- **Valores Y Creencias** - No valorables

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

EXAMENES HEMATOLÓGICOS	RESULTADOS
HEMATOCRITO	42.0
HEMOGLOBINA	13.8
<b>G. BLANCOS</b>	<b>12.700</b>
G. ROJOS	4.488.000
LINFOCITOS	28
MONOCITOS	4
<b>EOSINÓFILOS</b>	<b>6</b>
BASÓFILOS	1
PLAQUETAS	300.000
VCM	88.6

ELECTROLITOS			
SODIO	136	mmol/L	136 - 145
<b>POTASIO</b>	<b>* 2.4</b>	<b>mmol/L</b>	<b>3.5 - 5.1</b>
CLORO	106	mmol/L	98 - 107

\* Muestra Adecuada.

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

**Diagnóstico presuntivo:** Salmonelosis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, diverticulitis.

**Diagnóstico diferencial:** Shigelosis, Salmonelosis, Tuberculosis intestinal, Yersinia enterocolítica, E. coli invasoras, colitis ulcerosa, cáncer de colon.

**Diagnóstico definitivo:** Amebiasis intestinal

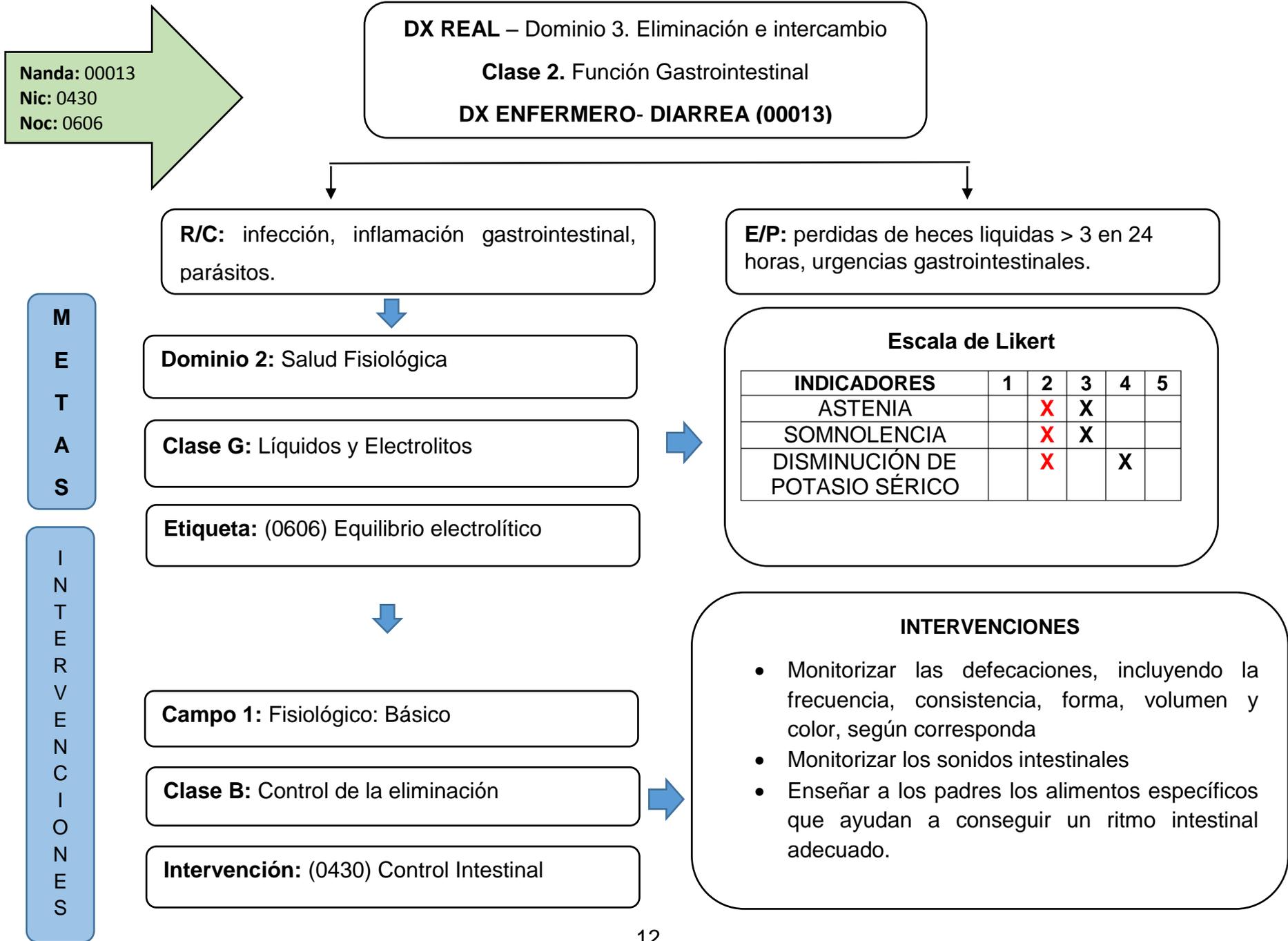
## 2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

**Tabla 1. Análisis y descripción de las conductas**

<b>Variable</b>	<b>Conceptual</b>	<b>Operacional</b>	<b>Indicador</b>
Amebiasis	Es la infección producida por Entamoeba histolytica, especie parasitaria del hombre, que puede vivir como comensal en el intestino grueso, invadir la mucosa intestinal, produciendo ulceraciones y tener localizaciones extraintestinales.	Asintomática Sintomática	Disentería Somnolencia Deshidratación hipotónica
Deshidratación hipotónica	Es una deshidratación en la que se pierde mayor cantidad de electrolitos que de agua.	Leve Moderada Severa	Mucosa oral seca Descenso de líquidos y electrolitos Astenia
Mala alimentación	Es el consumo incorrecto y desequilibrado de la alimentación.	En ocasiones Siempre Casi siempre	Ingestión de alimentos con escasa higiene.

Al analizar este cuadro nos damos cuenta de que se trata de una amebiasis por el consumo de alimentos contaminados, y por el posible contacto de la materia fecal en personas con esta parasitosis. También se puede constatar mediante el resultado del examen copoparasitario. Habiendo confirmado la causa de la infección es importante recomendar a los padres de la lactante que se debe lavar bien los alimentos antes de consumirlos, saber hervir bien el agua antes de

ingerirla, lavar correctamente los utensilios y sobre todo procurar en contacto con materia fecal.



## **2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

Cuando se diagnostica una parasitosis, muchas se pueden confundir con el causante de la infección o también con una patología que causa síntomas iguales, por esta razón es importante saber reconocer no solo mediante la clínica sino también mediante exámenes de laboratorio para así saber interpretar los diferentes resultados que se puede tener en situaciones diferente.

Ante tal afrontamiento es recomendable pasar a los padres e hijos a servicio de nutrición para la educación correcta de la alimentación diaria y con prioridad la de los menores.

## **2.8 Seguimiento**

### **Día 1**

Paciente de sexo femenino, lactante mayor de 22 meses de vida con cuadro clínico de 9 días de evolución que inicio con deposiciones líquidas de 15 deposiciones al día, con moco y sangre. Presentó un estado febril de 38,7 °C y dos episodios emético de contenido alimentario. Dado las circunstancias acuden los padres con el lactante al centro de salud, presentando mucosa oral seca, somnolencia.

Paso al área de UCIP, donde fue intervenido y valorado por este personal, se valoró la deshidratación según la escala clínica de deshidratación el cual se obtuvo como resultado de 6 interpretándose como una deshidratación severa, el personal de enfermería realizó la toma de constantes vitales: PA: 60/100 mmHg, FC: 135 lpm, FR: 30 rpm, T°: 38,8, O2: 98%, con un peso de 11 Kg y

una talla de 83 cm, empezó con plan de hidratación y medicación (metronidazol vía IV).

## **Día 2**

A llevado 24 horas de hidratación parenteral, empieza a mostrar signos de mejoras con respecto a la deshidratación, en cuanto a las deposiciones han sido concurrentes aun de aspecto acuoso, se encuentra somnoliento, taquicardico, normotenso, afebril. Se le realizó una nueva valoración según la escala clínica de deshidratación donde dio como resultado 5 ya que sus mucosas estaban pegajosas. Mediante la toma de signos vitales se registró: PA: 62/98, FC:130, FR: 25, T°: 36,9, SAT O2: 99%. Se realiza un control con balance hídrico. Se administra medicación según prescripción médica (metronidazol vía IV).

## **Día 3**

Se observa paciente, tranquilo, con presencia de actividad, en este día las deposiciones han disminuido a 7 deposiciones al día con aspecto pastoso. Madre indica que no ha presentado emesis y que lo observa mejor, refiere que en su hogar hay un poco de desorden en cuanto a la alimentación y que algunos alimentos son de dudosa procedencia y expresa que eso fue lo que le hizo daño.

De acuerdo a la escala clínica de deshidratación, ha mejorado, se puede evidenciar una buena turgencia de la piel, mucosa bucal pegajosa, presencia de lágrimas, en fin, se encuentra con un resultado de 3, indicando una deshidratación leve. Mediante la toma de signos vitales se registró: PA: 65/100, FC: 128, FR: 26, T°: 36,7, SOT O2: 100%.

#### **Día 4**

Se observa paciente tranquilo, activo, con facies pálidas, madre refiere que ha presentado pocas deposiciones a diferencia de cómo llegó, con aspecto pastoso de color amarillento. Ya no presenta signos de deshidratación por la notoria humectación de sus mucosas.

#### **Día 5**

Paciente se observa tranquilo, se encuentra hemodinámicamente estable con parámetros de signos vitales normales. En cuanto a las deposiciones, han disminuido potencialmente, lo cual el médico sugiere el alta y con envío de tratamiento para casa.

#### **2.9 Observaciones**

En el presente caso, es de un lactante mayor de 22 meses de edad, de la provincia del Guayas- Guayaquil- Reina del Quinche que fue referido al Hospital General Guasmo Sur, por presentar sintomatología de referente a una amebiasis intestinal con un cuadro de deshidratación.

Se revisaron guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

Todo esto nos ayudó a identificar diferentes factores que de cierta manera influyeron en la evolución de este caso clínico

## **CONCLUSIONES**

- Después de haber realizado la presente investigación y aplicar al mismo tiempo conocimientos en el proceso de atención de enfermería, nos ha permitido conocer más a fondo acerca del amebiasis y las manifestaciones clínicas que presenta esta.
- El proceso de atención de enfermería es importante en la atención e intervención de los pacientes ya que nos permite seguir un procedimiento establecido por conocimiento y seguimiento de esta, de manera rigurosa y evitar iatrogenias ya que son importante para recuperación del paciente y satisfacción tanto para el personal de enfermería y paciente.
- Se debe tomar medidas en cuanto a higiene para así prevenir infecciones por las diferentes parasitosis que necesitan de este medio de transmisión.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero, D, Restrepo, M. (1992). *Parasitosis Humanas*. (2a. ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
2. Becerril, M. A. Pérez, H. L. Salas, A. (2014). *Parasitología médica*. (4a. ed.). México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
3. Llop, A. Valdez, M. Vivanco, D. Zuazo, J.L. Fonte, L. (2001). *Microbiología y parasitología médica*. (Tomo III). Habana: Editorial de ciencias médicas.
4. Chacín-Bonilla, L. (2013). Amebiasis: aspectos clínicos, terapéuticos y de diagnóstico de la infección. *Revista médica de Chile*, 141(5), 2020. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000500009>
5. Domínguez, M.I. (2018). Amebiasis intestinal y hepática. *Gastroenterol. latinoam*. Vol 29, Supl N° 1. Pp. S50-s51.
6. Pearson, R. (2019). Amebiasis (amebosis). 17 de agosto del 2020. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/infecciones/infecciones-parasitarias-protozoos-y-microsporidios-intestinales/amebiasis-amebosis>
7. Wilhelm, J. P. (2007). Amebiasis: La prevención es la clave. 17 de agosto del 2020. <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2007/amebiasis-la-prevencion-es-clave#:~:text=Compartir%20en%3A,caracter%C3%ADstica%20principal%20de%20este%20par%C3%A1sito.>
8. Conde, M.C. De la Mora, C. (1992). Entamoeba histolytica: un desafío vigente. *Salud Pública de México*. 17 de agosto de 2020. Vol. 34. N° 3. Pp. 336.
9. Andrade, T. (2015). Investigación de Entamoeba histolytica en dos Comunidades Ecuatorianas. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Magister en Microbiología. Universidad San Francisco de Quito. Quito.
10. Fleta, J. Bueno, O. Bueno, M. (2000). Amebiasis intestinal y absceso hepático amebiano. *ELSEVIER*. Vol.36. N° 3. Pp. 96-101.

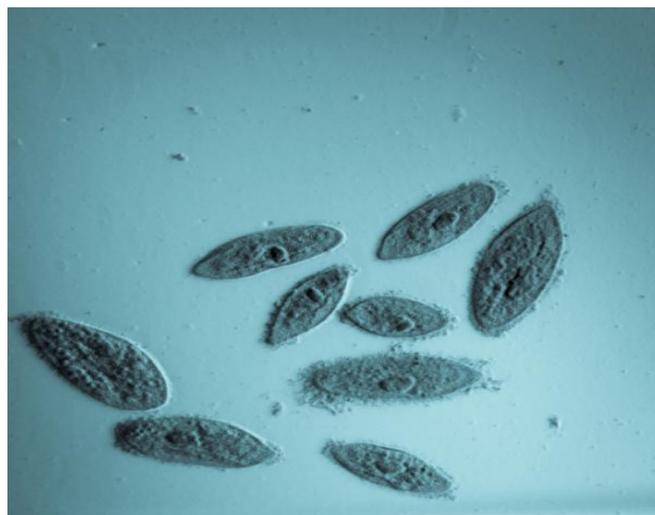
## ANEXOS



Anexo 1. Síntomas de la Amebiasis



Anexo 2. Lugar frecuente de esta parasitosis



Anexo 3. Ameba

**ESCALA CLÍNICA DEL ESTADO DE DESHIDRATACIÓN (Modificado por Friedman et al.)<sup>25,37,49</sup>**

<b>Características</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Aspecto General	Normal	Sediento, inquieto o letárgico, irritable al contacto	Somnoliento, débil, frío, sudoroso o comatosa.
Ojos	Normal	Ligeramente hundida	Muy hundida
Mucosas	Húmeda	Pegajosa	Seca
Lágrimas	Presentes	Disminución de lágrimas	Sin lágrimas

**Una puntuación de 0:** SIN deshidratación; **1 a 4:** deshidratación leve; **5 a 8:** deshidratación moderada / severa.

**Anexo 4. Escala clínica del estado de deshidratación**