

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento del **ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO** No Complicado

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-282-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del Absceso Hepático Amebiano no complicado**. México: Secretaría de salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: A06.4 Absceso amebiano del hígado
 GPC: Diagnóstico y tratamiento del Absceso Hepático Amebiano no complicado

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro social	Coordinadora de Programas Médicos, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División Excelencia Clínica.
----------------------------------	-----------------	--------------------------------------	--

Autores :

Dr. Raúl Adrián Castillo Vargas	Cirujano General	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico adscrito/ HGZ Saltillo, Coahuila
Dr. Alejandro Fabian Hernández Martínez	Urgenciólogo	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico Adscrito/Hospital General Regional 220 Toluca, Estado de México
Dr. José Luis Hernández Santiago	Cirujano General	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico Adscrito/Hospital General de Zona número 194. Mex, DF
Dr. Antonio Méndez Blanco	Urgenciólogo,	Instituto Mexicano del Seguro social	Médico Adscrito/Hospital General de Zona número 1. Tlaxcala, Tlaxcala
Dra. Mariana Soria Guerra	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro social	Unidad de Medicina Familiar número 15. Mex, DF
Dra. Norma Octavia Zavaleta Vargas	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro social	Unidad de Medicina Familiar número 47. Villahermosa Tabasco

Validación interna:

Dr Felipe Irineo Angulo Varguez	Gastroenterólogo y endoscopista gastrointestinal	Instituto Mexicano del Seguro social	Hospital General Regional número 1. Mérida, Yucatán
Dr Jose Luis Ramirez Galicia	Gastroenterólogo y endoscopista gastrointestinal	Instituto Mexicano del Seguro social	Hospital General Regional número 196, Estado de México

Validación externa:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>
--------------	----------------	---------------

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN.....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	7
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 ANTECEDENTES.....	8
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
3.3 PROPÓSITO.....	9
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.5 DEFINICIÓN	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 PROMOCIÓN PARA LA SALUD	12
4.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	12
4.2 DIAGNÓSTICO	14
4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	14
4.2.2 LABORATORIO Y GABINETE	16
4.2.3 PRUEBAS SEROLÓGICAS	19
4.3 TRATAMIENTO.....	20
4.4 PRONÓSTICO	23
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA	23
4.6 INCAPACIDADES.....	25
5. ANEXOS.....	26
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	27
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	29
5.4 MEDICAMENTOS.....	30
5.5 ALGORITMOS.....	33
6. GLOSARIO.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	36
8. AGRADECIMIENTOS.	38
9. COMITÉ ACADÉMICO.	39
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	40
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	41

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-282-10	
Profesionales de la salud.	Médico Familiar, Cirujanos Generales, Urgenciólogos, Gastroenterólogos.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: A06.4 Absceso amebiano del hígado
Categoría de GPC.	Primer y segundo nivel de atención médica
Usuarios potenciales.	Médico Familiar, Cirujanos Generales, Urgenciólogos, Gastroenterólogos, Médicos Internistas
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Adultos ambos sexos, excluye mujeres embarazadas.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Parámetros para sospechar la presencia de AHA Utilidad de pruebas diagnósticas Indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico
Impacto esperado en salud.	Que los médicos de primer contacto y de urgencias utilicen los factores de riesgo y el cuadro clínico del AHA para identificar oportunamente los pacientes con AHA Disminuir la frecuencia de AHA complicado Estandarizar el tratamiento del AHA no complicado
Metodología.	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas <> Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: <29> Guías seleccionadas: <0>. Revisiones sistemáticas: <1> Ensayos controlados aleatorizados: <1> Preexperimental: 1 Cohorte prospectiva: 1 Cohorte retrospectiva: 1 Transversal descriptivo :1 Transversal retrospectivo:1 Reporte de casos: <2> Experimento con tejidos: 1 Revisiones clínicas: 6 metodologías (antigüedad mayor a 5 años);12 relacionadas con el AHA Otras fuentes seleccionadas: <01>
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-282-10

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

Diagnóstico

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer AHA?
2. ¿Cuáles son los síntomas y signos de AHA?
3. ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete más útiles para el diagnóstico?

Tratamiento

4. ¿Cuáles son los esquemas de tratamiento farmacológico considerados de primera línea?
5. ¿Cuáles son las alternativas al tratamiento farmacológico de primera línea?
6. ¿Existe diferencia entre la efectividad del tratamiento farmacológico sólo en comparación con el tratamiento farmacológico y punción del AHA?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La amebiasis es causada por el protozooario *Entamoeba histolytica*. Este parásito existe en dos etapas: como quiste, que es la forma infecciosa, y una etapa de trofozoíto, que es la forma que causa la enfermedad invasiva. A nivel mundial, alrededor de 500 millones de personas se infectan anualmente. (Leder K, 2010) Como la mayoría de las infecciones, es frecuente en los países pobres y en vías de desarrollo, debido a las condiciones socioeconómicas y los niveles de saneamiento. La amebiasis en la mayoría de los casos es asintomática, pero puede manifestarse como disentería amebiana, absceso hepático amebiano y en raras ocasiones, pueden afectar los pulmones, el corazón o el cerebro. (Haque R, 2003)

La amebiasis es la segunda causa de muerte por enfermedad parasitaria en todo el mundo. El parásito causante es un patógeno potente, posee proteasas secretoras que disuelven los tejidos del huésped, matando por contacto a las células y fagocitando a los eritrocitos. Los trofozoítos de *E. histolytica* invaden la mucosa colónica, causando inflamación. En algunos casos las amebas rompen la barrera de la mucosa y viajan a través de la circulación portal al hígado, donde causan abscesos. (Stanley SL Jr, 2003)

Aunque la amebiasis intestinal tiene una distribución mundial, solo algunas personas desarrollan abscesos hepáticos, esto puede ser secundario a ciertas características como el mediador inmunológico HLA- DR 3 que hace a la población de México más susceptible a ésta enfermedad. (Stanley SL Jr, 2003)

Hay algunas características epidemiológicas de la formación del absceso hepático que son notablemente diferentes de la amebiasis intestinal. El absceso hepático amebiano (AHA) y la otras enfermedades amebianas extraintestinales son 7 a 10 veces más frecuentes en la edad adulta, con un pico entre los 20 y 40 años, predominando en el sexo masculino. Aunque las razones de las diferencias de género no se han explicado del todo, existen reportes en los que se menciona que en el proceso de incubación de trofozoítos en suero de voluntarios de ambos sexos, se observó una lisis mayor hasta en 12 % en las muestras del género femenino.

A pesar de que la amebiasis intestinal no es común en los viajeros de corto plazo, los abscesos amebianos de hígado pueden ocurrir después de las exposiciones por viajes en periodo tan corto como cuatro días. Existen reportes que refieren que el 35% de los viajeros con absceso hepático amebiano había pasado menos de seis semanas en una zona endémica. (Leder K, 2010)

Algunas condiciones que afectan a la inmunidad mediada por células, tales como extremos de la edad, el embarazo, la terapia con corticosteroides, neoplasias y la desnutrición también pueden aumentar las posibilidades de que la *E. histolytica* ocasione enfermedad invasiva con afectación hepática. (Leder K, 2010)

Tradicionalmente el tratamiento de los abscesos hepáticos amebianos estaba circunscrito a fármacos imidazoles como metronidazol con 90% de éxito (Leder Kevin, 2010) y en las fallas a este tipo de manejo el paciente era sometido a laparotomía; en los últimos años la punción percutánea y la laparoscopia han ganado terreno en la resolución de ésta enfermedad, incluso llegando a considerarse a la punción como el estándar de oro quirúrgico en el tratamiento. (Dominguez D, 2006)

3.2 JUSTIFICACIÓN

Se estima que a nivel mundial, alrededor de 500 millones de personas padecen amebiasis anualmente, el uno por ciento desarrollan absceso hepático amebiano y 110 mil mueren por complicaciones intra y extraintestinales. Los países en desarrollo como el nuestro, son considerados zonas endémicas de amebiasis y de sus complicaciones. La amebiasis en la mayoría de los casos es asintomática, pero puede manifestarse como disentería amebiana, absceso hepático amebiano y en raras ocasiones, pueden afectar los pulmones, el corazón o el cerebro. (Haque R, 2003)

En México existen reportes de hasta un 8.4 % de amebiasis extraintestinal. Las condiciones socioeconómicas, la falta de una infraestructura sanitaria adecuada y el riego de cultivos con aguas residuales, perpetúan estas cifras. (Pinilla AE, 2003)

La exactitud diagnóstica y el tratamiento farmacológico adecuado con una tasa de respuesta alta, son trascendentales para evitar complicaciones como el AHA.

La estandarización en el manejo de esta enfermedad permitirá una mayor efectividad en su tratamiento, al contar actualmente con opciones médico quirúrgicos altamente eficaces que limitan la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

Existe la creencia de que esta enfermedad debe ser tratada por aquellos expertos que la conozcan con detenimiento; sin embargo, consideramos que los médicos de atención primaria deben ser los primeros que deben indagar, diagnosticar y tratar estos trastornos. No se trata de que conozcan a profundidad la enfermedad, pero el fin es que dispongan de información suficiente para hacer un buen diagnóstico, como sería solicitar las pruebas complementarias pertinentes, saber derivar cuando proceda y tratar una gran mayoría de pacientes con éxito.

3.3 PROPÓSITO

Que el médico de primer contacto y de urgencias utilicen una GPC basada en evidencias para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del Absceso Hepático Amebiano.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Hepático Amebiano no complicado**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales para:

1. Que los médicos de primer contacto y de urgencias utilicen los factores de riesgo y el cuadro clínico del AHA para identificar oportunamente los pacientes con AHA.
2. Disminuir la frecuencia de AHA complicado
3. Estandarizar el tratamiento del AHA no complicado.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

Es una necrosis enzimática de los hepatocitos y múltiples microabscesos que confluyen, formando habitualmente cavidad única, conteniendo líquido homogéneo que puede variar en color, desde la crema blanca hasta el de "pasta de anchoas" (Sales JM, 2003)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía, corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<i>(GIB, 2007)</i> IIb 2++

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios, fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada.	<i>Matheson, 2007</i> Ia [E: Shekelle]

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.1 PROMOCIÓN PARA LA SALUD

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los portadores sanos de *E. histolytica* excretan en las heces quistes que se transmiten principalmente a través del agua o alimentos contaminados, en casos raros la transmisión se presenta a través de sexo oral y anal o por inoculación directa de colon a través de dispositivos para irrigar. Los quistes son resistentes al ácido gástrico, los trofozoítos son liberados y colonizan el ciego. La infección se inicia cuando los trofozoítos se adhieren a la mucosa subyacente y la penetran. La afectación hepática se produce tras la invasión de *E. histolytica* en las vénulas mesentéricas. A continuación, las amebas se introducen en la circulación portal y viajan al hígado, donde se forman los abscesos.

IV
[E: Shekelle]
Matei BD, 2008

E

Factores de riesgo:
 Sexo masculino (7 a 12 veces más frecuente)
 Tercera a quinta década de la vida.
 Alcoholismo.
 Padecimientos oncológicos.
 Prácticas homosexuales.
 Inmunosupresión.
 Habitar o viajar a zonas endémicas.
 Uso de corticosteroides.

IV
[E: Shekelle]
 Matei BD, 2008

E

El Absceso Hepático Amebiano (AHA) es más frecuentes en áreas tropicales como en la India, el sur y el oeste de África, Lejano Oriente, América del Sur y América Central, en los Estados Unidos (en su mayoría inmigrantes de zonas endémicas) y residentes de los estados fronterizos con México. (Haque R, 2003)
 La infección asintomática de *E. histolytica* tiene la misma prevalencia entre los hombres y las mujeres, pero los hombres están más propensos que las mujeres de tener amebiasis invasiva (razón 3.2:1), disentería, absceso hepático, perforación del colon, peritonitis, apendicitis, ameboma. (Acuña-Soto R, 2000)
 El absceso hepático afecta principalmente a hombres entre 18-50 años, rara vez a niños. (Haque R, 2003)

IV
[E: Shekelle]
 Haque R, 2003
 Acuña-Soto R, 2000

R

Evitar la contaminación fecal de agua y alimentos.
 Se requiere examen periódico de las heces de los manejadores de alimentos.
 Investigar la presencia de ameba en los episodios diarréicos.
 Las verduras se deben limpiar con jabón y sumergirlas en acido acético o vinagre durante 15 minutos para erradicar las formas del quiste.
 La única forma de erradicar el quiste en el agua es hirviéndola.
 En las prácticas sexuales evitar la contaminación fecal-oral.
 Evitar el consumo de alimentos o fruta que no estén desinfectadas debidamente.
 Considerar que los hielos y muchos tipos de agua embotellada en los países en vías de desarrollo no están debidamente desinfectados.

IV
[E: Shekelle]
 Matei BD, 2008

R

Se recomienda educación pública y del paciente en lo que respecta a medidas sanitarias, higiene personal incluyendo lavado de manos e higiene en el manejo y preparación de alimentos.

IV
[E: Shekelle]
Matei BD, 2008

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El cuadro clínico es de presentación aguda, con una o dos semanas de fiebre (38.5 a 39.5° C) y dolor en hipocondrio derecho. La diarrea, en forma concurrente, está presente en menos de un tercio de los pacientes. Algunos pacientes refieren haber tenido disentería en los meses anteriores. Para los viajeros que regresan de una zona endémica, la presentación por lo general ocurre dentro de 8 a 20 semanas (mediana de 12 semanas) y dentro de cinco meses de su regreso en el 95% de los pacientes, aunque, se ha reportado un retraso más largo (a veces años). Ocasionalmente, los pacientes tienen una presentación más crónica con meses de fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal. En estos pacientes generalmente se presenta hepatomegalia.

IV
[E: Shekelle]
Petri WA, 2006

E

En el 80% de los casos de pacientes con AHA se incluyen: dolor abdominal constante en el cuadrante superior derecho o epigastrio, este último se asocia más frecuentemente con el AHA en el lóbulo izquierdo.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

E

La fiebre es de inicio abrupto de 38 a 40° C vespertina o nocturna, escalofríos y diaforesis. La hepatomegalia dolorosa, debajo de las costillas o en los espacios intercostales es un hallazgo típico. La participación de la cara diafragmática del hígado puede provocar dolor pleural del lado derecho o referido al hombro.

IV
[E: Shekelle]
Haque R, 2003

E

El examen físico, en aproximadamente 50% de los casos, revela hepatomegalia y sensibilidad en el área hepática. La ictericia clínica se produce en menos de 10% de los pacientes. En ocasiones, el absceso se rompe al peritoneo, causando peritonitis (2 a 7%). La trombosis de la vena hepática y de la vena cava inferior secundaria a la formación del absceso hepático también ha sido reportada.

IV
[E: Shekelle]
Sodhi KS, 2008

E

En su forma invasiva, el trofozoíto es responsable de síndromes clínicos, que van desde la disentería clásica a la enfermedad extraintestinal con énfasis en la amebiasis hepática. Dolor abdominal, sensibilidad y diarrea de heces acuosas, a veces con sangre, son los síntomas predominantes de la colitis amebiana. Además de la identificación microscópica de *Entamoeba histolytica*, el diagnóstico se basa en la detección de antígenos específicos en la materia fecal o PCR asociado a la sangre oculta en las heces. El trofozoíto llega al hígado causando amebiasis hepática. Los síntomas predominantes son dolor en el hipocondrio derecho, fiebre y hepatomegalia.

IV
[E: Shekelle]
Salles MJ, 2007

E

A diferencia de los pacientes con abscesos hepáticos piógenos, aquellos con abscesos amebianos tienen mayor probabilidad de ser menores de 50 años de edad y ser del sexo masculino.

IV
[E: Shekelle]
Nattakom S, 2001

R

El AHA se puede sospechar en todos los grupos de edad, más frecuente entre los 20 y 40 años, en hombres y/o con ingesta de alcohol.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

R

Los pacientes que presentan fiebre alta recurrente, hepatomegalia dolorosa y viaje reciente a zonas endémicas, deben hacer sospechar de AHA.

IV
[E: Shekelle]
Salles MJ, 2007

E

Los pacientes con absceso hepático amebiano también pueden tener masa(s) ileocecal(es) que con frecuencia son amebomas.

III
[E: Shekelle]
Misra SP, 2006

R

En todo paciente, con cuadro clínico de absceso hepático amebiano y hallazgo de masa ileocecal a la exploración física, se debe sospechar ameboma.

III
[E: Shekelle]
Misra SP, 2006

4.2.2 LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los pacientes con absceso hepático amebiano generalmente tienen leucocitosis (más de 10.000/mm³), sin eosinofilia. Las pruebas de función hepática revelan una fosfatasa alcalina elevada en 80% de los casos y las transaminasas hepáticas también pueden elevarse, en una tercera parte de los casos.

La microscopía fecal es positiva para amebas en 18% de los casos, el cultivo, aunque solo está disponible como una herramienta de investigación, es positivo en aproximadamente 75 % de los casos.

Otros hallazgos inespecíficos comunes, incluyen una radiografía de tórax anormal con elevación del hemidiafragma y/o derrame pleural derecho, así como proteinuria.

IV
[E: Shekelle]
Leder K, 2010
Haque R, 2003

E

En los pacientes con AHA se presenta leucocitosis moderada en 90%, reacción leucemoide en 5%, anemia 30%, la fosfatasa alcalina en fase aguda se encuentra en límites normales y en fase crónica se eleva, la alaninotransferasa elevada en fase aguda y normal en fase crónica, elevación de las bilirrubinas en 30%.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

R

Solicitar en pacientes con cuadro clínico sugestivo de AHA y factores de riesgo: biometría hemática completa, fosfatasa alcalina, transaminasas, bilirrubinas, y de ser posible hemaglutinación indirecta, inmunofluorescencia indirecta y ELISA.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

E

El Absceso hepático detectado únicamente en el lóbulo derecho (74%) de los pacientes, en el lóbulo izquierdo 14%, el absceso único 77%, abscesos múltiples 22%. No hay diferencia significativa entre pacientes VIH positivos y negativos, entre la proporción de abscesos únicos y múltiples así como en la localización.

III
[E: Shekelle]
Wiwanitkit V, 2002

E

El ultrasonido es un estudio de bajo costo para detectar abscesos medianos o grandes, es útil para su punción guiada. La tomografía es útil para detectar abscesos pequeños.

IV
[E: Shekelle]
David SS, 2010

E

Para evaluar la orientación terapéutica, se ha utilizado la clasificación de N'Gbesso:

AHA no coleccionados (tipo I)
 AHA coleccionados (tipo II)
 AHA cicatrizados (tipo III)

(cuadro 1)

IIb
[E: Shekelle]
Nari GA, 2008

E

En pacientes con cuadro clínico sugestivo, los siguientes signos obtenidos por ultrasonido sugieren la necesidad de otros estudios por imagen:

- Lesión hepática focal discreta.
- Enfermedad en espacio pleural o en el parénquima pulmonar.
- Sombra en cuña con refracción.
- Flujo venoso distorsionado o ausente.
- Patrones anormales del doppler.
- Trombosis venosa.

IV
[E: Shekelle]
David SS, 2010

E

En la gammagrafía con galio los abscesos amebianos son “fríos”, con un borde brillante, mientras que los abscesos piógenos son “calientes”.

Sin embargo, ninguna de estas pruebas puede diferenciar de manera definitiva entre un absceso piógeno, un absceso amebiano, o enfermedad maligna. La presencia de factores de riesgo y una lesión sospechosa, son suficientes para pensar que existe una infección amebiana, al menos, a la espera de resultados de otras pruebas.

Las imágenes ecográficas repetidas generalmente no son útiles ya que las lesiones pueden aparecer, aumentar de tamaño o número una vez iniciado el tratamiento, incluso en presencia de mejoría clínica. Las lesiones tratadas pueden ser anecoicas, calcificadas o pueden persistir como lesiones de aspecto quístico; la resolución radiológica completa puede tardar hasta dos años.

IV
[E: Shekelle]

Benedetti NJ, 2008

E

Las anomalías persistentes en las imágenes de ultrasonido no deben conducir a un retratamiento o pruebas adicionales en un paciente que está clínicamente bien.

IV
[E: Shekelle]

Benedetti NJ, 2008

R

La conducta terapéutica en la evolución del paciente en tratamiento de AHA debe ser guiado por el estado clínico del paciente.

IV
[E: Shekelle]

Benedetti NJ, 2008

R

Se debe solicitar en paciente con cuadro clínico sugestivo radiografía de tórax, ultrasonido hepático y de acuerdo con lo encontrado en el ultrasonido solicitar tomografía de abdomen

IV
[E: Shekelle]

David SS, 2010

4.2.3 PRUEBAS SEROLÓGICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>IV [E: Shekelle] Leder K, 2010</p>
<p>R</p>	<p>IV [E: Shekelle] Stanley SL, 2003</p>

Los anticuerpos séricos se detectan en 92 a 97% de los pacientes, el 99% de los pacientes tendrán exámenes positivos de anticuerpos, las pruebas serológicas pueden ser negativas en los primeros siete días.

En las zonas endémicas el 25% de las personas no infectadas tienen anticuerpos anti-amebiano secundarios a infecciones por *E. histolytica* previas.

La prueba más sensible es la hemaglutinación indirecta. La difusión en agar gel y la contrainmunoforesis son menos sensibles que la hemaglutinación indirecta, pero por lo general sólo se mantienen positivos después de una infección por ameba durante 6 a 12 meses, lo que puede hacerlos más útiles en las áreas endémicas.

Se han desarrollado también otras pruebas serológicas basadas en antígenos recombinantes de *E. histolytica*. Estas pueden ofrecer mejor diagnóstico de amebiasis invasiva en curso, ya que al parecer diferencian infección activa de exposición previa al parásito. Otras técnicas diagnósticas son el inmunoensayo enzimático rápido con una sensibilidad de 93% en comparación con la hemaglutinación indirecta. Y una prueba de detección del antígeno que es positiva en 75% de los pacientes con absceso hepático amebiano.

Se debe realizar examen serológico para confirmar el diagnóstico de absceso hepático amebiano en todo paciente con imagen sugestiva de absceso por ultrasonido o tomografía, no son útiles las pruebas serológicas en caso de reinfección ni para vigilar la evolución por la memoria inmunológica que se desarrolla.

Los falsos negativos pueden resultar al realizar los exámenes dentro de los primeros 7 días del inicio de la enfermedad, los falsos positivos se presentan en zonas endémicas por contacto previo con el agente patógeno.



Aunque las pruebas serológicas son de utilidad, el no contar con ellas no debe retrasar el tratamiento médico, ya que el diagnóstico se establece con:

- Factores epidemiológicos.
- Cuadro clínico.
- Laboratorio y gabinete.

Punto de Buena Práctica

4.3 TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El fármaco más utilizado para tratar el absceso hepático amebiano es el metronidazol 500 a 750 mg por vía oral o intravenosa, tres veces al día durante 7 a 10 días, la misma dosis y duración, usada para la amebiasis intestinal. La tasa de curación es mayor de 90%. La vía endovenosa no ofrece ninguna ventaja significativa, siempre y cuando el paciente pueda tomar medicamentos por vía oral y no tenga deficiencias en la absorción del intestino delgado.

IV
[E: Shekelle]
Leder K, 2010



El metronidazol deberá usarse como fármaco de primera línea a una dosis de 30 a 50 mg / Kg/ día si es VO y de 7.5 mg /Kg/dosis si es endovenosa. Si es posible se utilizará VO. El tiempo de administración deberá ser entre 7 y 10 días.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006



Fármacos como tinidazol u ornidazol pueden ser utilizados como segunda línea en caso de intolerancia al Metronidazol.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006



En presencia de intolerancia a la ingesta de metronidazol, se deberá utilizar tinidazol u ornidazol a una dosis de 60 mg por kilo/ día, máximo 2 grs. por diez días.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

E

En un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo: Diecisiete adultos hospitalizados con amebiasis hepática tratados con 500 mg de nitazoxanida dos veces al día durante 10 días. Todos los pacientes respondieron a la nitazoxanida. La nitazoxanida es eficaz en el tratamiento la amebiasis intestinal invasiva y en la eliminación de la colonización por *E. histolytica* del tracto intestinal.

Ib
[E: Shekelle]
Rossignol JF, 2007

R

Se puede utilizar nitazoxanida cuando existe intolerancia a los imidazoles.

Ib
[E: Shekelle]
Rossignol JF, 2007

E

La enzima alcohol deshidrogenasa 2 que posee la *E. histolytica* es dependiente de hierro y actúa en la cascada glucolítica del parásito.

III
[E: Shekelle]
Espinoza-Avelina J, 2009

R

Se sigue la ingesta de alimentos ricos en hierro en conjunto con el tratamiento con imidazoles.

III
[E: Shekelle]
Espinoza-Avelina J, 2009

E

La aspiración terapéutica además del metronidazol para acelerar la resolución clínica o radiológica de los abscesos hepáticos amebianos sin complicaciones no puede apoyarse o refutarse con las evidencias actuales. Los ensayos carecen de rigor metodológico y de tamaño de muestra adecuado para plantear conclusiones sobre la efectividad de la aspiración adyuvante guiada por imágenes más metronidazol comparado con metronidazol sólo.

Ia
[E: Shekelle]
Norberto C, 2009

E

El metronidazol es el fármaco de primera elección para el tratamiento de los abscesos hepáticos amebianos, seguido de un fármaco luminal para erradicar el estado de portador asintomático. Las tasas de curación son 95% con desaparición de la fiebre, el dolor y la anorexia entre las 72 y 96 horas.

Ia
[E: Shekelle]
Norberto C, 2009

R

En pacientes que responden lentamente al metronidazol o tienen recaídas, la punción percutánea y/o un tratamiento prolongado de metronidazol debe ser considerado.

IV
[E: Shekelle]
Leder K, 2010

R

Los pacientes con una mala respuesta al tratamiento, deberán ser sometidos a punción percutánea e identificación de la ameba, además se deberá prolongar el tratamiento con metronidazol.

IV
[E: Shekelle]
Leder K, 2010

E

El diagnóstico y el inicio de medicamento, así como la punción percutánea del absceso hepático han disminuido la necesidad de laparotomías.

IV
[E: Shekelle]
Salles MJ, 2007

Se deberá iniciar tratamiento ante la sospecha de absceso hepático amebiano y se indicará punción percutánea si el paciente presenta:

R

- Persistencia de síntomas clínicos como dolor y fiebre.
- Datos de ruptura inminente de absceso.
- Absceso de lóbulo hepático izquierdo.
- Mujeres embarazadas y contraindicación del uso del metronidazol.
- Complicaciones pleuropulmonares.
- Paciente sin mejoría después de 72 horas de haber iniciado el manejo. (Stanley SL, 2003)

IV
[E: Shekelle]
Salles MJ, 2007
Stanley SL, 2003

E

Por lo que el drenaje radiológicamente guiado ha probado ser simple y efectivo; actualmente es considerado el estándar de oro con rangos de éxito entre 80 y 87 %.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

E

El drenaje laparoscópico combinado con antibioticoterapia es una alternativa quirúrgica segura y factible, ya sea como indicación primaria en paciente seleccionado o posterior a fracaso de drenaje percutáneo.

IV
[E: Shekelle]
Delgadillo AT, 2006

✓/R

Dejando la laparotomía solo para casos en los que se sospeche ruptura del absceso a la cavidad peritoneal o no se cuente con los recursos para punción percutánea o cirugía laparoscópica.

Punto de Buena Práctica

4.4 PRONÓSTICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El absceso hepático amebiano no complicado tiene una tasa de mortalidad menor de 1% si se diagnostica y trata a tiempo. Para la enfermedad complicada, las tasas de mortalidad pueden ser tan altas como 20%.</p>	<p>IV [E: Shekelle] <i>Leder K, 2010</i></p>
<p>Los factores de mal pronóstico son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abscesos múltiples. • Volumen de la cavidad del absceso > 500 ml. • Elevación del hemidiafragma derecho o derrame pleural en la radiografía de tórax. • Encefalopatía. • Bilirrubina > 3,5 mg/dl. • Hemoglobina < 8 g/dl. • Albúmina < 2 g/dl. • Diabetes mellitus. 	<p>IV [E: Shekelle] <i>Ortiz-Sanjuán F, 2007</i></p>
<p>R Se recomienda el abordaje interdisciplinario, con base en los factores de riesgo y el cuadro clínico sospechar la entidad ya que esto ha disminuido la mortalidad.</p>	<p>IV [E: Shekelle] <i>Leder K, 2010</i></p>

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Las manifestaciones más comunes de absceso hepático amebiano son: Fiebre, dolor o resistencia abdominal en cuadrante superior derecho en la fase aguda y fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal difuso en la fase crónica.</p>	<p>IV [E: Shekelle] <i>Leder K, 2010</i></p>

R

La enfermedad se debe sospechar en aquellos que presenten factores de riesgo (que vivan y provengan de un área endémica) y fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, sensibilidad hepática importante. La ictericia es inusual. Generalmente los síntomas son agudos (menos de 10 días de duración) pero pueden ser crónicos, con anorexia y pérdida de peso. Los hallazgos de laboratorio más comunes son: leucocitosis sin eosinofilia, anemia moderada, elevadas concentraciones de fosfatasa alcalina y elevación de la sedimentación eritrocitaria.

IV
[E: Shekelle]
Stanley SL, 2003

R

Se recomienda que sean enviados a segundo nivel los pacientes con sospecha de AHA que cuenten con al menos uno de los siguientes factores de riesgo:

- Haber visitado o incluso provenir de zona endémica.
- Género masculino.
- Edad entre 20 a 40 años.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Deficientes hábitos higiénicos.
- Padecimiento oncológico o uso de corticosteroides.

IV
[E: Shekelle]
Matei BD, 2008

R

La referencia de pacientes a segundo nivel de atención hospitalaria deberá de ser acompañada de reporte de biometría hemática completa, de ser posible determinación de fosfatasa alcalina y ecografía abdominal con foco a hígado.

IV
[E: Shekelle]
Stanley SL, 2003

E

Los pacientes pueden presentar fistulas bronco-pleurales, derrame pericárdico, pericarditis o abscesos cerebrales como complicaciones poco comunes pero con alta mortalidad.

IV
[E: Shekelle]
Stanley SL, 2003

✓/R

Ante la presencia de una fistula traqueo bronquial, complicaciones cardiacas o cerebrales los pacientes deberán ser enviados a tercer nivel para su valoración y tratamiento.

Punto de Buena Práctica

4.6 INCAPACIDADES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>El tratamiento de primera línea es fundamentalmente médico, con la administración de metronidazol durante 7-10 días.</p> <p>Sin embargo, esta pauta puede fracasar especialmente en los abscesos de gran tamaño lo que indicaría la punción-aspiración terapéutica o bien el drenaje quirúrgico ya sea por laparoscopia o a cielo abierto.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] <i>Nari GA, 2008</i></p>
<p>R</p> <p>Por la diversidad de tratamientos que pueden o deben utilizarse, los días de incapacidad que se requieren varían desde 7 hasta 28 días o más, en los casos de complicaciones pleuropulmonares.</p>	<p>Ib <i>www.seg-social.es/incapacidad</i></p>

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Hepático Amebiano

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica (DynaMe, MDConsult, NGC, SIGN, Tripdatabase), la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizaron los términos MeSh: liver abscess amoeba, amebic liver absceso, amoebic liver absceso. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology. Esta etapa de la estrategia de búsqueda no reporto ninguna guía de práctica clínica

Segunda etapa

Se utilizaron las bases de datos de OVID, MDConsult, Tripdatabase, Science Direct, Dynamed, Pubmed, EBSCOhost obteniéndose la bibliografía que posteriormente se selecciono en función de su validez para incluirse en la revisión. (Ver cuadro de clasificación y bibliografía)

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 7 RS, 3 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Graduar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas, revisiones clínicas, reporte de casos.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Buena Práctica: Recomendación elaborada por consenso del grupo que elaboró o adaptó la presente guía

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO II. CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO DE N'GBESSO

Tipo	Características ecográficas
AHA no coleccionados (tipo I)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoecogenicidad heterogénea. • Límites policíclicos imprecisos. • Contornos ecogénicos espesos. • Reforzamiento posterior de los ecos. • Contenido en pilas ecogénicas.
AHA coleccionados (Tipo II)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoecogenicidad heterogénea. • Límites netos y regulares. • Contornos finos. • Contenidos sea homogéneo en "arenas movedizas", sea anecogénicos tipo "pseudoquístico" con nivel en "sol poniente". • Reforzamiento posterior de los ecos.
AHA cicatrizados (Tipo III)	<ul style="list-style-type: none"> • Curación total: restitutio ad integrum. • Persistente o secular: quístico, en cascara, en escarpela o calcificación en bloque.

Nari GA, Ceballos-Espinosa RC, Carrera Ladrón de Guevara C, Preciado-Vargas J, et al. Abscesos amebianos de hígado. Tres años de experiencia. Rev Esp Enferm Diag 2008;100(5):268-272
<http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n5/original3.pdf>

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1308	Metronidazol	Adultos 500 mg tres veces al día	Tabletas 500 mg. Caja con 20 o 30 tabletas	10 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, sabor metálico, intolerancia al alcohol, rara vez neurotoxicidad	Evitar uso concomitante con el alcohol	No se recomienda en el primer trimestre del embarazo y durante la lactancia
1310			Suspensión 250 mg. Por cada 5 ml en frasco de 120 ml.				
1309			Solución inyectable				
1311			200 mg en 10 ml/100ml 500mg. / 100 ml en frasco de 100ml.				
2042	Tinidazol	Adultos 2 grs diarios en una	Tabletas 500 mg. caja con 8	10 días	Anorexia, náusea,	Algunos pacientes	La administración de este producto está contraindicada

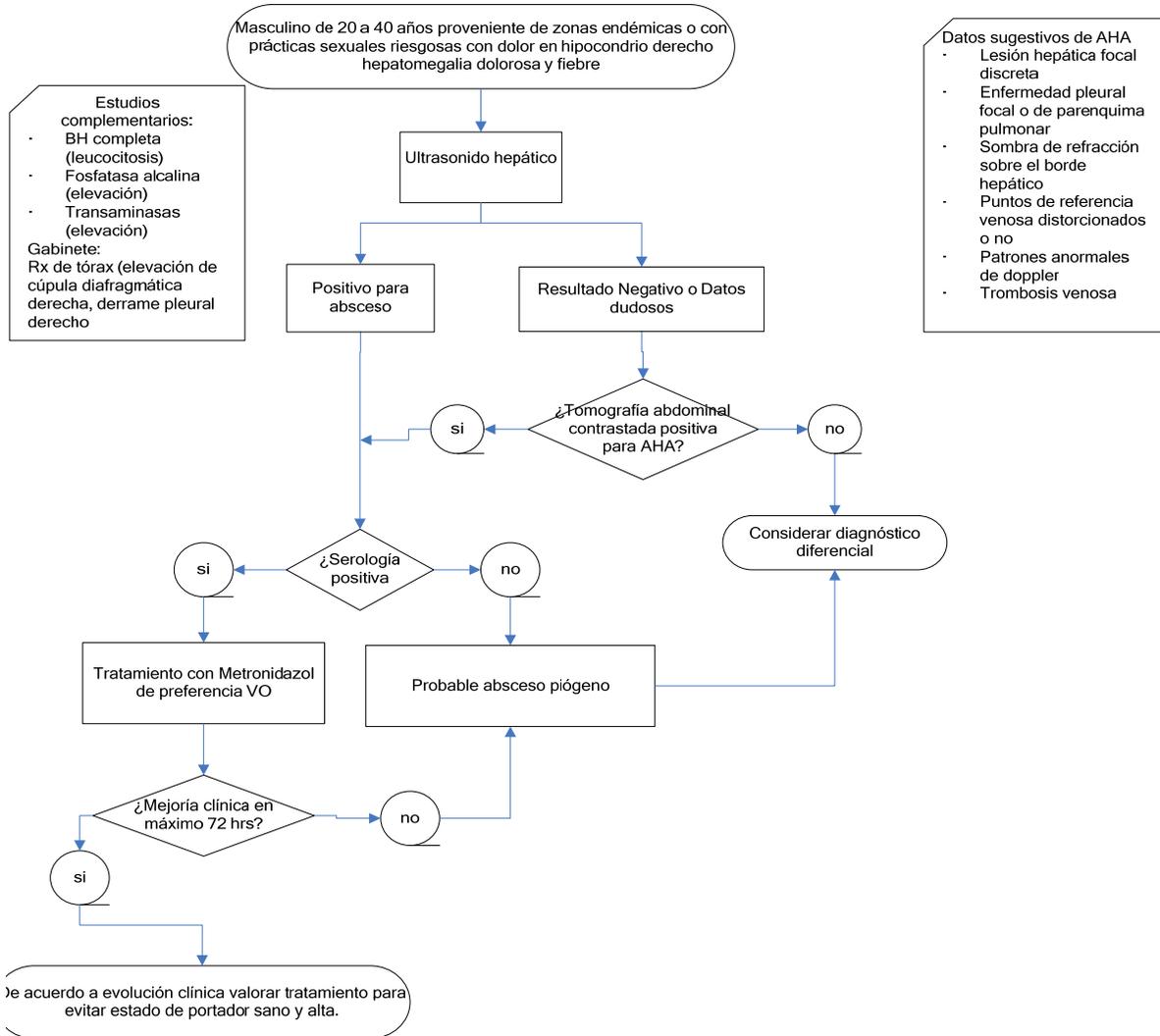
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO NO COMPLICADO

		sola toma.	tabletas		vomito, diarrea, sabor metálico, cefalea, boca seca, lengua saburral, mareo, vértigo y ataxia.	pueden presentar reacciones tipo disulfiram (enrojecimiento cutáneo, cólico abdominal, vómito, taquicardia) al administrárseles tinidazol conjuntamente con medicamentos formulados con alcohol o al ingerir bebidas alcohólicas. Los barbitúricos inhiben la acción terapéutica del tinidazol; Con warfarina se puede incrementar el efecto anticoagulante de ésta.	en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco. Debe usarse con precaución en pacientes con discrasias sanguíneas y con trastornos del sistema nervioso central. El fármaco no debe administrarse a mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, para su uso en el segundo y tercer trimestre deberá evaluarse el riesgo-beneficio al feto y a la madre. El tinidazol se distribuye en la leche materna, por lo que la lactancia sólo podrá iniciarse 72 horas después de haber suspendido el tratamiento.
2523	Nitazoxanida	Adultos 1 tabletas con recubierta de 500 mgs cada 12 hrs.	Tabletas de 500 mg. Caja con 6, 10 o 14 tabletas.	7 días en adultos y tres días en niños.	Cefalea, anorexia, náuseas, y ocasionalment e vómitos, malestar	El empleo de la nitazoxanida con cumarínicos o warfarina, pueden inducir un incremento	No deberá administrarse pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula y en pacientes con

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO NO COMPLICADO

2519		Tabletas 200 mgs	Grageas de 200 mgs Caja con 6, 10 y 14		epigástrico inespecífico y dolor tipo cólico, mismas que son leves y de carácter transitorio.	en sus niveles plasmáticos prolongando el tiempo de protrombina.	hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico.
------	--	------------------	--	--	---	--	--

5.5 ALGORITMOS



*2 Metronidazol 1500 mg/día cada 8 horas por 7 a 10 días IV o 30 a 50 mg/kg/día o Tinidazol 2000 mg/día cada 24 horas por 7 a 10 días 60 mg/kg/día Ornidazol 2000 mg/día 7 a 10 días o 60 mg/kg/día

Aunque las pruebas serológicas son de utilidad, el no contar con ellas no debe retrasar el tratamiento médico. AHA Absceso hepático amebiano. BH Biometría Hepática

6. GLOSARIO.

Absceso: Es una infección e inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus, generalmente producida por una infección bacteriana o parasitaria.

Aguas residuales o aguas negras: Tipo de agua que está contaminada con sustancias fecales y orina, procedentes de desechos orgánicos humanos o animales, su importancia es tal que requiere sistema de canalización, tratamiento y desalojo.

Anecoica: Sin sombra sónica, durante la ecografía.

Antígenos recombinantes: Son proteínas que se obtienen tras su expresión por técnicas de ingeniería genética en un organismo heterólogo.

Decisión clínica: Es el resultado de un proceso totalmente objetivo y reproducible por diferentes agentes en diferentes contextos.

Disentería: Es un término en el que se agrupan diferentes trastornos inflamatorios del intestino, asociados frecuentemente a la presencia de sangre y pus en las heces.

Doble ciego: Es el enmascaramiento de todos los involucrados en el estudio, es una medida fundamental para lograr neutralizar la subjetividad, fuente permanente de sesgos y prejuicios.

Efectividad: Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado

ELISA: Ensayo por inmuno absorción ligado a enzimas, técnica de inmunoensayo la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo ligado a una enzima capaz de generar un producto detectable como cambio de color o algún otro tipo.

Ensayo aleatorizado: Significa que los casos son distribuidos al azar durante el estudio. El objetivo es conseguir que los diferentes grupos sean comparables u homogéneos, evitar el sesgo del investigador en la asignación de casos a los grupos y garantizar que las pruebas estadísticas tendrán valores de significación estadística válida

Estandarizar: Es tipificar, ajustar o adaptar a un tipo, modelo o norma alguna cosa, hecho o acción

Factor de riesgo: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad.

Fármaco imidazoles: familia de compuestos químicos aromáticos, caracterizados por disponer de un anillo pentagonal nitrogenado. Tiene propiedades anfoteritas, su molécula sirve de base para el desarrollo de numerosos fármacos como antihipertensivos, antihistamínicos, antibacterianos y antiprotozoarios como el metronidazol.

Fístula: Es una comunicación o conducto anormal entre órganos o vasos sanguíneos

Hemaglutinación: Es la aglutinación de los glóbulos rojos. Se trata de una respuesta biológica común frente determinados microorganismos, como los virus, se emplea rutinariamente en técnicas de tipificación de grupos sanguíneos o en la determinación de cargas virales. Se debe a la presencia de antígenos en los eritrocitos, antígenos capaces de reaccionar con anticuerpos o bien con proteínas específicas de algunos microorganismos

Incapacidad: Es la pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una merma en las capacidades de la persona, especialmente en lo referente a la anatomía y la función de un órgano, miembro o sentido, que tienen consecuencias médicas, etc.

Inmunoensayo enzimático: Técnica diagnóstica basada en biología molecular

Inmunofluorescencia: Se basa en que, cualquier antígeno, puede ser marcado específicamente con fluorocromo coloreado, a través de un anticuerpo específico. Cuando se irradia este elemento con luz ultravioleta o azul se hace fluorescente

Laparoscopia: Es una técnica que permite la observación de la cavidad pélvica – abdominal con la ayuda de un lente óptico.

Laparotomía: Cirugía para abrir el abdomen.

Lesión quística: Es una colección líquida, localizada en algún órgano y que presenta una pared bien definida constituida por células epiteliales

Memoria inmunológica: Capacidad que tienen los linfocitos B y T longevos o células memoria para sintetizar un anticuerpo determinado que se desencadena posterior a una enfermedad infecto contagiosa

Pasta de anchoas: Pasta de hongos (color café oscuro).

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa, es una técnica de biología molecular, cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de un mínimo; en teoría basta a partir de una única copia de ese fragmento original o molde.

Placebo: Sustancia inerte que se usa en los ensayos clínicos controlados; en el grupo control

Prevalencia: Número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un tiempo dado

Punción percutánea: Es un procedimiento radiológico, habitualmente realizado mediante punción – aspiración controlada ecográficamente o por

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO NO COMPLICADO

tomografía axial computarizada del absceso hepático amebiano

Quiste de Entamoeba histolytica: Es la forma infectante. Contiene de uno a cuatro núcleos

Reacción leucemoide: Cuando el número de leucocitos es mayor de 50 000/mm³ que puede deberse a infecciones agudas, neoplasias, etc.

Seguridad en la atención del paciente: Esta en relación a la calidad en la atención, para prevenir daños o complicaciones

Síndrome: es un grupo significativo de signos y síntomas (datos semiológicos) que concurren en tiempo y forma (fisiopatología), con varias causas o etiologías.

Trofozoito de la Entamoeba histolytica: Es la forma activamente de la especie. Se caracteriza por tener un núcleo con una concentración de cromatina puntiforme y generalmente concéntrica llamado cariosoma central; así como la formación de cromatina en la periferia del núcleo. Hay 2 formas: la magna que la patogénica o la causante de la enfermedad y la minuta o no patogénica o comensal.

Zona endémica: Identifica una zona en donde se presentan el mayor número de casos de una enfermedad específica

Gpc: Guía práctica clínica.

AHA: Absceso hepático amebiano.

E. histolytica: Entamoeba histolytica.

HLA-DR 3: Antígeno de histocompatibilidad, subtipo DR 3.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia humana.

VO: Vía oral.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acuna-Soto R, Maguire JH, Wirth DF. Gender distribution in asymptomatic and invasive amebiasis. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1277-1283
2. Benedetti NJ, Desser Ts, Jeffrey RB. Imaging of hepatic infections. *Ultrasound Q.* 2008;24(4):267-278
3. David SS; Brooke JR; Terry DS. Institution Department of Radiology, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA. Pearls and Pitfalls in Hepatic Ultrasonography. *Ultrasound Quarterly* 2010;26(1):17-25
4. Delgadillo AT. Enfermedades hepáticas infecciosas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador. *GH continuada* 2006;5(5): 201-207 [acceso nov 2010] Disponible en <http://www.ghcontinuada.com/contenidos/pdf/v5n5a353pdf001.pdf>
5. Domínguez-GuzmánDJ, Moreno-Portillo M, García-Flores C, *et al.* Drenaje laparoscópico de absceso hepático. Experiencia inicial. *Cir Ciruj* 2006;74:189-194
6. Espinoza-Avelina J, Entamoeba histolytica alcohol dehydrogenase 2 (EhADH2) as a target for anti-amoebic agents *Journal of antimicrobial chemotherapy* 2009;63(4):675-678
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
8. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382
9. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, *et al.* Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
10. Haque R, Huston CD, Hughes M, *et al.* Current concepts: Amebiasis. *N Engl J Med* 2003;348(16):1565-1573
11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
12. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
13. Leder K, Weller P F. Extraintestinal Entamoeba histolytica amebiasis 2010 [acceso nov 2010] Disponible en http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=parasite/8435&selectedTitle=1%7E11&source=search_result#
14. Matei BD, Lingvay LI. Amebic Hepatic Abscesses, 2008 [acceso nov 2010] Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/183920-overview>
15. Misra SP, Misra V, Dwivedi M. Ileocecal masses in patients with amebic liver abscess: etiology and management. *World J Gastroenterol* 2006; 12(12):1933-1936
16. Nari GA, Ceballos-Espinosa RC, Carrera Ladrón de Guevara C, *et al.* Abscesos amebianos de hígado. Tres años de experiencia. *Rev Esp Enferm Diag* 2008;100(5):268-272 [acceso nov 2010] Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n5/original3.pdf>

17. Norberto C, Chávez-Tapia, Jorge Hernandez-Calleros, Felix I Tellez-Avila, Aldo Torre, Misael Uribe. Procedimiento percutáneo guiado por imágenes más metronidazol versus metronidazol solo para el absceso hepático amebiano no complicado (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD004886. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Ortiz-Sanjuán F, Devesa-Jordá F, Ferrando-Ginestar J, et al. Absceso hepático amebiano: ¿tratamiento farmacológico o punción-aspiración? *Gastroenterología y Hepatología* 2007;30(7):399-401
19. Petri, WA, Singh, U. Enteric Amebiasis. In: *Tropical Infectious Diseases: Principles, pathogens, and practice*, 2nd edition, Guerrant, R, Walker, DH, Weller, PF (Eds), Elsevier, Philadelphia 2006. p. 967
20. Pinilla AE, LópezLP, Castillo B, et al. Enfoque clínico y diagnóstico del absceso hepático. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1411-1420
21. Rossignol JF, Kabil SM, El-Gohary Y, et al. Nitazoxanide in the treatment of amoebiasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007;101:(10)1025-1031
22. Salles JM, Moraes LA. Hepatic Amebiasis. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2003;7(2):96-110
23. Salles JM, Salles MJ, Moraes LA, et al. Invasive amebiasis: an update on diagnosis and management. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2007; 5(5):893-901
24. Snow M, Chen M, Guo J, et al. Short Report: Differences in Complement-mediated Killing of *Entamoeba histolytica* Between Men and Women—An Explanation for the Increased Susceptibility of Men to Invasive Amebiasis? *Am J Trop Med Hyg* 2008;78(6): 922–923
25. Sodhi KS, Ojili V, Sakhuja V, et al. Hepatic and inferior vena caval thrombosis: vascular complication of amebic liver abscess. *J Emerg Med* 2008; 34(2):155-157
26. Stanley SL. Amoebiasis. *Lancet* 2003;361(9362):1025-1034
27. V Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72
28. Wiwanitkit V. A note on clinical presentations of amebic liver abscess: an overview from 62 Thai patients. *BMC Family Practice* 2002, 3 [acceso nov 2010] Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/3/13>
29. Seguridad Social Española, [acceso feb 2011] Disponible en: www.seg-social.es/incapacidad temporal

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Martha Alicia Carmona Caudillo	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Lic. Abraham Ruiz López	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ Comisionado UMAЕ HG CMNR

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Juan Bernardo Bruce Diemond Hernández	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente