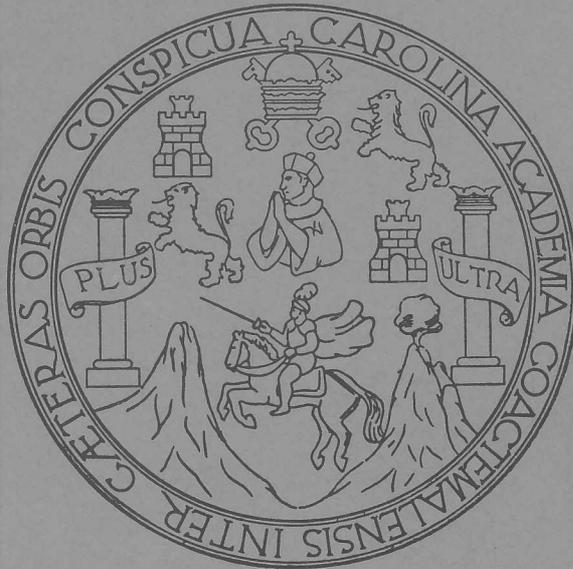


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"FIEBRE TIFOIDEA: ESTUDIO CLINICO Y DIAGNOSTICO"

JULIO RAFAEL CABRERA VALVERDE

Guatemala, Septiembre de 1970.

PLAN DE TESIS.

I. INTRODUCCION

II. PLAN DE DESSARROLLO

- a) Material de estudio, métodos y técnicas empleadas
- b) Datos estadísticos
- c) Presentación de los casos con confirmación bacte--
riológica.
- d) Presentación de los casos clínicos sin confirma---
ción bacteriológica.
- e) Análisis de los síntomas y signos.
- f) Estudio de los exámenes complementarios
- g) La reacción de Widal positiva en otras enfermeda-
des.
- h) Diagnóstico
- i) Resumen de las conclusiones en relación a las His-
torias clínicas de nuestros pacientes.
- j) Conclusiones

III. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Es mi criterio que el estudio de la Fiebre Tifoidea, una de las enfermedades infecto-contagiosas más graves y frecuentes en nuestro medio, justifica efectuar este punto de tesis. Podemos así contribuir a conocer mejor esta enfermedad endémica; que, a pesar del tratamiento específico con Cloranfenicol; de las medidas sanitarias tomadas, de las campanas de vacunación llevadas a cabo por los Servicio de Salud, sigue siendo una enfermedad temida por su alta morbilidad y mortalidad.

El siguiente trabajo se llevó a cabo en el Aislamiento del Hospital San Vicente y en el Laboratorio Bacteriológico de Sanidad Pública, desde Enero de 1966 a Diciembre de 1969. Aprovechando he recopilado y revisado datos que habían quedado inéditos con la muerte de mi padre. Esta publicación es el resultado de la revisión ordenada, discusión de esa información, en un criterio por sacar conclusiones que signifiquen una ayuda al mejor conocimiento de nuestra patología.

PLAN DE DESARROLLO

A) MATERIAL DE ESTUDIO, METODOS Y TECNICAS:

Se revisaron 275 historias clínicas, que egresaron con diagnóstico de Fiebre Tifoidea, desde el 1º. de Enero de 1966, hasta el 31 de Diciembre de 1969.

La gran mayoría de los enfermos fueron enviados con reacción de Widal positiva, pero solo se escogieron las historias clínicas en las cuales se confirmó el diagnóstico por cultivos, siendo esta de 120 casos (44.5%) y los casos en que se hizo el diagnóstico por la suma de anamnesis, cuadro clínico y exámenes de laboratorio; especialmente el aumento en las diluciones del Widal después de 8 días. Siendo esta de 155 casos (55.5%).

Los enfermos estudiados, fueron referidos al Servicio de Aislamiento, de los Hospitales General, Roosevelt, departamentales, de otras dependencias de Servicios Públicos, o por médicos particulares.

En este estudio solo se han revisado casos en que el diagnóstico fué confirmado por exámenes de laboratorio; o por correlación clínico bacteriológica.

En los casos confirmados permanecen en cama hasta pasados 10 días después del período activo de la enfermedad y los no confirmados se activan al mejorar clinicamente y muchos de ellos recaen, favoreciendo en -

diagnóstico original. A ninguno se le da egreso, hasta no haber confirmado tres últimos coprocultivos negativos. (no es definitivo. Ver página No.

Las técnicas empleadas para los exámenes de laboratorio son las oficiales de los Laboratorios de Servicios de Salud.

A todo paciente se le practica desde su ingreso, los exámenes de rutina, reacción de Widal, Hemocultivo y Coprocultivo, repitiéndose éstos exámenes con la regularidad que el caso amerite, pero por lo menos dos veces en el curso de la enfermedad.

B) DATOS ESTADISTICOS:

Epoca del Año: Para obtener éstos datos tomamos en cuenta la fecha de ingreso de los pacientes:

Meses:	1966	1967	1968	1969	Total:	Porcentaje:
Enero	5	5	2	6	18	6.5
Febrero	4	1	2	5	12	4.2
Marzo	11	3	3	7	24	9.1
Abril	7	4	2	5	18	6.5
Mayo	4	6	6	10	26	9.4
Junio	9	4	6	3	22	8.0
Julio	10	5	9	5	29	10.5
Agosto	6	7	14	9	36	13.1
Septiembre	6	7	9	3	25	9.1
Octubre	6	3	10	-	19	6.9
Noviembre	7	7	3	6	23	8.3
Diciembre	-	6	10	5	21	7.6

No hay grandes diferencias, ni predominio de un mes en especial, lo -

que va más a favor de que esta enfermedad sigue siendo endémica entre nosotros.

Procedencia del Enfermo: La mayoría de pacientes eran residentes en esta capital o de los municipios cercanos. Algunos pacientes fueron también referidos de Cabeceras Departamentales o Centros de Salud de municipios fuera del Departamento de Guatemala.

Al tabular los datos nos dió los siguiente resultados.

<u>Procedencia:</u>	<u>No. Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Ciudad Capital	135	49.0
Municipios de la Capital	60	21.6
Otros Departamentos	80	29.0
Población Urbana	138	50.1
Población Rural	137	49.1

De la Capital, la mayor cantidad de pacientes provenían de las zonas 7 y 19; probablemente entre otros factores, sea por la mayor densidad de población con que cuentan estas zonas, unido a condiciones socio-económicas malas, así como de tipo sanitario.

De los Municipios hubo mayor incidencia en San Pedro Ayampuc y Palencia.

Sexo y Edad: No se encontró ninguna diferencia con respecto a sexo.

La edad más frecuente fué entre los 13 a 20 años, edad en la cual posiblemente por el aumento de contagio por alimentos u objetos contaminados.

Los datos que se obtuvieron en relación a distribución por edades corresponde a los obtenidos en estudios anteriores.

<u>Años:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
De 13 a 20	137	49.8
de 21 a 25	31	11.2
de 26 a 30	44	16.0
de 31 a 35	24	8.7
de 36 a 40	16	5.8
de 41 a 60	33	12.0

Ocurrieron solo dos casos de 67 y 68 años. En el servicio solo se admiten pacientes arriba de 13 años. Los menores de 13 años fueron referidos al Hospital Infantil para Enfermedades Infecto-contagiosas.

Ocupación: Ante la posibilidad de que un enfermo de Fiebre Tifoidea, se convierta en portador sano, es importante analizar la ocupación de los casos estudiados.

<u>Ocupación:</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Estudiantes	135	49.0
Amas de Casa	28	10.1
Agricultores	67	24.3
Obreros	32	11.6
Contacto con alimientos	13	4.7

De estos 13 casos, en los cuales su ocupación estaba relacionada con alimentos, egresaron con Coprocultivo Negativo, como el resto de los pacientes.

Inmunización: Por ser la vacunación uno de los medios de lucha profiláctica en esta enfermedad (sumado a medidas higiénicas y ambientales), es importante enfatizar que únicamente 19 pacientes o sea el 6.8% estaban seguros de haber sido vacunados, 90 pacientes estaban dudosos y el resto o no sabían, o no habían sido vacunados.

Síntomas:	No. de Casos Confirmados:	Casos Clínicos:
Fiebre.....	120 = 100%	135 = 100%
Cefalea.....	110 = 91%	120 = 88.8%
Anorexia.....	107 = 89.1%	114 = 84%
Malestar.....	97 = 85.5%	114 = 84%
Calofríos.....	90 = 75%	105 = 77.7%
Diarrea.....	83 = 69%	84 = 62.2%
Sed.....	77 = 65.1%	108 = 80%
Sequedad.....	75 = 62.5%	96 = 71%
Insomnio.....	74 = 61%	68 = 50.1%
Náusea.....	72 = 60%	77 = 57%
Dolor Abdominal.....	63 = 52.5%	85 = 63%
Debilidad.....	48 = 40%	43 = 31.8%
Mialgias.....	47 = 39%	42 = 31.1%
Vómitos.....	44 = 36%	59 = 57%
Tos.....	41 = 34%	39 = 28.8%
Epistaxis.....	22 = 19.1%	46 = 34%
Dolor Torácico.....	18 = 15%	14 = 10.3%
Dolor de Garganta.....	13 = 10.8%	17 = 12.5%
Coriza.....	12 = 10%	9 = 6.6%
Raquialgia.....	11 = 9%	7 = 5.1%
Estupor.....	9 = 7.5%	11 = 8.1%
Delirio.....	7 = 5.8%	7 = 5.1%
Vértigo.....	7 = 5.8%	10 = 7.4%
Apatía.....	5 = 4.1%	12 = 8.8%
Enterorragias.....	5 = 4.1%	6 = 4.6%
Dolor Cervical.....	3 = 2.5%	5 = 3.7%
Estreñimiento.....	2 = 1.6%	5 = 3.7%
Disuria.....	2 = 1.6%	3 = 2.2%
Sudoración.....	2 = 1.6%	8 = 5.9%
Sordera.....	1 = 0.8%	5 = 3.7%
Disnea.....	1 = 0.8%	4 = 2.9%
Oliguria.....	1 = 0.8%	2 = 1.4%
Hematuria.....	0 = 0.0%	2 = 1.4%
Flatulencia.....	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Gingivorragias.....	0 = 0.0%	1 = 0.7%

Examen físico:	Caso Confirmado:	Caso Clínico:
Lengua Saburral.....	110 = 91.6%	100 = 74%
Esplenomegalia.....	110 = 91.6%	109 = 80.7%
Lengua Roja en la punta...	84 = 70%	77 = 57%
Piel Sudorosa.....	70 = 58.3%	68 = 50.3%
Lengua Seca.....	65 = 54%	66 = 48.8%
Dolor Abdominal.....	53 = 44%	59 = 43.7%
Grietas en los Labios.....	49 = 40.8%	45 = 33.3%
Lengua Húmeda.....	45 = 37%	56 = 41.4%
Faringitis.....	42 = 35%	38 = 28.1%
Piel Pálida.....	42 = 35%	48 = 33.3%
Gorgoteo Fosa Ilíaca Der...	38 = 31.6%	40 = 29.6%
Ligera Defensa Muscular...	35 = 29%	29 = 21.4%
Gorgoteo Fosa Ilíaca Izq...	24 = 20%	24 = 17.7%
Manchas Rosadas.....	24 = 20%	31 = 22.9%
Obnubilación.....	21 = 17.5%	24 = 17.7%
Hepatomegalia.....	10 = 12%	17 = 13.1%
Congestión Conjuntival....	9 = 7.5%	10 = 6.4%
Estertores Pulmonares.....	7 = 5.8%	8 = 5.9%
Murphy Positivo.....	6 = 5%	10 = 7.4%
Distención Abdominal....	4 = 3.3%	5 = 3.5%
Petequias.....	4 = 3.3%	8 = 5.9%
Dermografismo.....	3 = 2.5%	1 = 0.7%
Ruidos Cardíacos débiles...	2 = 1.6%	1 = 0.7%
Estado Comatoso.....	2 = 1.6%	1 = 0.7%
Estado tóxico.....	2 = 1.6%	3 = 2.2%
Psicosis.....	2 = 1.6%	0 = 0.0%
Punto de Costado.....	2 = 1.6%	1 = 0.7%
Abdomen en tabla.....	2 = 1.6%	2 = 1.4%
Ictericia Conjuntival.....	2 = 1.6%	5 = 3.7%
Adenopatía Cervical.....	1 = 0.8%	2 = 1.4%
Ulceración Pilar Anterior...	1 = 0.8%	2 = 1.4%
Hiperreflexia.....	1 = 0.8%	2 = 1.4%
Rigidez de Nuca.....	1 = 0.8%	1 = 0.7%
Aleteo Nasal.....	1 = 0.8%	1 = 0.7%
Tiraje Intercostal.....	1 = 0.8%	1 = 0.7%
Miosis.....	0 = 0%	2 = 1.4%
Hiporreflexia.....	0 = 0%	1 = 0.7%

<u>Complicaciones:</u>	<u>Casos Confirmados</u>	<u>Casos Clínicos:</u>
Enterorragias	11 = 9.1%	10 = 7.4%
Recaidas	19 = 15.8%	2 = 1.4%
Shock Séptico	0 = 0.0%	7 = 5.1%
Perforación Intestinal	1 = 0.8%	4 = 2.9%
Bronconeumonías	0 = 0.0%	3 = 2.2%
Neumonías	0 = 0.0%	2 = 1.4%
Miocarditis	2 = 1.6%	1 = 0.7%
Formación de Abscesos	2 = 1.6%	1 = 0.7%
Infección Urinaria	1 = 0.8%	2 = 1.4%
Otitis Media	1 = 0.8%	0 = 0.0%
Aborto	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Anexitis	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Colecistitis	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Encefalitis	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Agranulocitosis	0 = 0.0%	1 = 0.7%
Muertes	1 = 0.8%	10 = 7.4%

<u>Otras Enfermedades:</u>	<u>Casos Confirmados:</u>	<u>Casos Clínicos:</u>
Varicela	1 = 0.8%	0 = 0.0%
Paludismo	0 = 0.0%	1 = 0.7%
V. D. R. L. Positivo	3 = 2.5%	2 = 1.4%

He dividido los pacientes en dos grupos: Cuando hubo confirmación bacteriológica de la enfermedad y el otro grupo en los cuales no hubo cultivos positivos y sí otras evidencias diagnósticas.

C) PRESENTACION DE LOS CASOS CONFIRMADOS:

Se logró confirmar el diagnóstico de Fiebre Tifoidea en 120 casos ingresados con sospecha de la enfermedad que equivale al 44.5%. Correspondiendo el 39% a Hemocultivos y el 5.5% a Coprocultivos. El cultivo logró ser positivo en el siguiente orden de semanas.

	1ª. Sem.	2ª Sem.	3ª Sem.	4ª. Sem.
Coprocultivos.....	0 = 0%	6 = 3%	8 = 6.7%	8 = 6.7%
Hemocultivos.....	20 = 16%	46 = 31%	44 = 28.3%	16 = 13.3%

Seis de los casos se les encontró Hemocultivo positivo en la 5a. y 6a semana de enfermedad, pero todos correspondieron a casos con recaídas de Fiebre Tifoidea.

Como se puede observar, la mayoría de Hemocultivos fueron positivos a partir de la 2ª y 3ª semanas de evolución de la enfermedad; debido a que la mayoría de pacientes acudieron a consultar cuando la enfermedad estaba ya en fase avanzada.

El promedio de días de evolución de la enfermedad antes de la consulta fué de 13 días.

El Coprocultivo se encontró positivo en el 5.5% de los casos, y en

la mayoría de los casos, se logró aislar el germen en la 3a. y 4a. semanas. Dos casos de recaídas dieron Coprocultivos positivos en la 5a y 6a. semanas.

Desde el punto de vista epidemiológico es importante enfatizar, que solamente en dos casos los Coprocultivos permanecieron positivos. (pacientes -- también confirmados por Hemocultivos positivos al principio de la enfermedad), dándoseles egresos como portadores temporales, citándolos para control en tres meses para observar si los Coprocultivos se habían negativizado, pero no se presentaron a la reconsulta. Es posible que métodos más estrictos en la técnica de la toma de Coprocultivos, elevaría este número; lo cual la acercaría a las cifras de portadores crónicos que otros autores reportan.

El único caso confirmado que falleció, fué un paciente de 30 años que ingresó estuporoso, abnubilado, semicomatoso, con ruidos cardíacos lejanos; catalogándose como Fiebre Tifoidea, Tóxica con miocarditis, recibiendo: digitálicos, esteroides y Cloranfenicol, pero desafortunadamente falleció a los 5 días de ingreso.

No se registraron más fallecimientos con comprobación Bacteriológica debido a que en algunos casos los pacientes fallecieron en los dos primeros días de su ingreso, no siendo posible repetir o efectuar exámenes de laboratorio, ni comprobación por medio de autopsia.

El tratamiento específico seguido en pacientes con diagnóstico confirmado -- Bacteriológico de Fiebre Tifoidea, fué la administración de Cloranfenicol 500 mgrs. , por boca cada 6 horas durante 14 días así: 7 días de Cloranfenicol, 10 días de descanso y observación para luego continuar por 7 días más con Clo-- ranfenicol. En los casos en que la fiebre no descendía en los primeros 5 días de tratamiento, éste se continuaba por 14 días seguidos; dándoseles egreso a todos después de 10 días de observación, durante el cual se efectuaron tres - Coprocultivos negativos. En los casos de recaídas, casi siempre se logró aislar el germen a los 30 días de enfermedad, es decir en el espacio en que el - paciente estaba en observación; en estos casos se administraba Cloranfenicol por 7 días más en igual dosis.

En 4 casos con cuadro tóxico severo acompañado de mal estado del paciente, se empleó Hidrocortisona a dosis de 100 mgr. IV cada 4 horas, con resultados satisfactorios.

No se analizaron las reacciones de Widal en estos pacientes ya - que todos fueron confirmados Bacteriológicamente, aunque a su inicio, se - sospechó la enfermedad por el Widal positivo.

D) PRESENTACION DE LOS CASOS DE DIAGNOSTICO CLINICO: SIN CONFIRMACION BACTERIOLOGICA:

De los 275 casos estudiados, 155 (55.5%), fueron diagnósticados

como Fiebre Tifoidea por la suma de Historia, Examen Físico, Reacción de Widal y respuesta terapéutica específica.

Como la reacción de Widal fué el examen más importante para hacer esta clasificación, vamos a analizar los resultados obtenidos en las diferentes semanas de ingreso al hospital y el título de aglutinación que presentaban, considerando aglutinación baja 1:40, aglutinación media 1:60 y aglutinación alta 1:320. En ningún caso se dió mucho valor a esta prueba, en forma aislada y sí cuando en controles posteriores, había un considerable aumento de las aglutinas.

Este aumento se puede considerar patognomónico de Fiebre Tifoidea, aunque nunca se pudo aislar el bacilo para su cultivo.

En la Gráfica no se observa ningún caso con reacción de Widal negativa a su ingreso, pero en cambio, varios casos presentaban reacciones bajas diluciones y en controles posteriores se encontraban altas. Aunque se han reportado casos de Fiebre Tifoidea con Hemocultivos positivos que presentan Reacción de Widal negativa; en nuestra serie estudiada no se encontró ningún caso.

Para una interpretación fidedigna de la Reacción de Widal es necesario saber si el paciente ha sido vacunado con anterioridad o si ha padecido antes la enfermedad, ya que en estos casos suelen existir aglutinaciones bajas o medias del antígeno "H". Para poder darle valor a cambios en la Reacción de Widal, deben enviarse las muestras de sangre a un mismo laboratorio.

Reacción de Widal en los Casos Clínicos:

Aglutinación	1a. Sem.	2a. Sem.	3a. Sem.	4a. Sem.	5a. Sem.
"0" 1:40	3 = 2.2%	6 = 4.6%			
Ascendente	3 = 1.4%	3 = 2.2%			
Igual	1 = 0.7%	3 = 2.2%			
"0" 1:80	3 = 2.2%	15 = 11%	1 = 0.7%	1 = 0.7%	
Ascendente	3 = 2.2%	11 = 8.1%			
Igual	0 = 0.0%	4 = 2.9%	1 = 0.7%	1 = 0.7%	
"0" 1:60	8 = 5.9%	20 = 5.9%	9 = 6.6%		8 = 5.9%
Ascendente	3 = 2.2%	5 = 3.7%			
Igual	5 = 3.7%	15 = 11%	9 = 6.6%		8 = 5.9%
"0" 1:320	9 = 6.6%	47 = 35%	51 = 48.3%	2 = 1.4%	15 = 11%
Ascendente	3 = 2.2%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
Igual	6 = 4.6%	47 = 35%	51 = 48%	2 = 1.4%	15 = 115%
"0" 1:640	0 = 0%	1 = 0.7%	2 = 1.4%		1 = 0.7%

Del cuadro anterior podemos sacar las siguientes conclusiones:

1. - En ningún caso la reacción fué negativa a su ingreso.
2. - Aglutinaciones bajas se observaron en las dos primeras semanas de la enfermedad, correspondiendo al 30% del total de éstos casos el 70% tuvieron aglutinación alta en controles posteriores.
3. - Títulos altos ocurrieron en la 2-3 semanas de la enfermedad, dato que ya por sí sólo es de mucha importancia para decidir que el paciente -- presenta Fiebre Tifoidea, aunque siempre debe unirse a la historia y -- exámen físico.

De este grupo de pacientes estudiados, sin comprobación Bacteriológica, 10 casos fallecieron haciendo el 7.4%, de los cuales 5 casos fueron por Shock Tóxico, 2 por enterorragias masivas y un caso por perforación intestinal, -- bronconeumonía y aborto séptico. En todos los casos se hizo el diagnóstico - de la complicación antes de la muerte.

El tratamiento que se siguió en pacientes con diagnóstico clínico de Fiebre Tifoidea fué el de administrarles Cloranfenicol a dosis de 500 mgrs. por boca cada 6 horas durante 7 días si el diagnóstico se mantenía; en los casos - en que la fiebre no descendía en los primeros días de tratamiento, este se -- prolongaba hasta 10 días. A todos los pacientes se les dió egreso después de 7 días de observación, cuando los controles de Coprocultivos y recuento de - globulos blancos, eran negativos y se habían normalizado.

COMPLICACIONES:

Enterorragias: Ocurrió en 21 casos (6.6%) de los cuales 2 casos falle-- cieron por hemorragias gastrointestinales masivas, pero esta cifra podría ele-- varse, si se investigara rutinariamente sangre oculta en las heces en los pa-- cientes que aparentemente no presentaban evacuaciones sanguinolentas. El día más frecuente en que se produjo esta complicación fué entre 18-22 días de iniciada la enfermedad. El tratamiento instituido fué de transfusiones y soluciones I. V.

Shock Tóxico: Se encontraron 7 casos de los cuales fallecieron 5. Dos casos presentaban problema respiratorio asociado de Bronconeumonías. Una paciente falleció a los 3 días de ingreso por aborto séptico complicado con Fiebre Tifoidea. Como parte del tratamiento del Shock Sético se emplearon Esteroides.

Perforación Intestinal: En 5 casos se presentó esta complicación, uno de los cuales falleció en el servicio a las pocas horas de ingresado; los demás fueron trasladados a otros hospitales para tratamiento quirúrgico. Esta complicación ocurrió más frecuentemente alrededor de los 18 días de iniciada la enfermedad.

Complicaciones Broncopulmonares: En 5 pacientes se presentó cuadro de Neumonía y Bronconeumonía, confirmándose radiológicamente. Falleciendo dos de ellos.

Otras complicaciones observadas fueron: Anesistis, Otitis Media, Encefalitis, Colecistitis, Infecciones Urinarias y formación de abscesos en diferentes partes del cuerpo, predominando los glúteos; en algunos casos se logró aislar el germen causal y en otros casos se hizo el Diagnóstico de la complicación por la sintomatología y examen físico del paciente.

E) ANÁLISIS DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS:

Fiebre: En la Fiebre Tifoidea, la fiebre casi nunca falta y es -

uno de los primeros síntomas que los pacientes refieren, sirviendo como base para determinar el tiempo de evolución de la enfermedad. El tipo de fiebre referida era variable, desde el tipo continúa, elevada o intermitente, en ocasiones de predominio nocturno, aunque nunca falta como dato de la historia. Es interesante observar que en el momento del examen físico, 5 casos estaban apiréticos al momento de su ingreso; la mayoría de pacientes presentaba fiebre de 38° a 40°. En el siguiente cuadro se analizan el número de días que permanecieron los pacientes febriles, recibiendo tratamiento específico.

Días:	Casos de Confirmación Bacteriológica:	Casos Clínicos:
0	1 = 0.8%	4 = 2.9%
1	0 = 0.0%	2 = 1.4%
2	4 = 3.3%	23 = 17%
3	24 = 20%	40 = 29.6%
4	36 = 30%	24 = 17.7%
5	31 = 25.8%	24 = 17.7%
6	13 = 10.8%	9 = 6.5%
7	15 = 12.5%	2 = 1.4%
8 o más	5 = 4.1%	4 = 2.9%

Podemos observar que la mayoría de los pacientes estaban apiréticos a los 5 días después de iniciado el tratamiento con Cloranfenicol y en aquellos casos en que la fiebre se prolongó frecuentemente había una enfermedad asociada o bien una de las complicaciones ya mencionadas.

Durante el período de observación la fiebre se mantuvo en casi todos los -

enfermos, pese a las medidas antipiréticas y ésta solo cedió únicamente después de haber principiado el tratamiento con Cloranfenicol; en resumen podemos decir que todos los pacientes estaban febriles a su ingreso y esta bajó a lo normal días después de iniciado el tratamiento con Cloranfenicol.

Cefalea: El 90% de los pacientes referían este síntoma, usualmente cefalea intensa, con localización frontal, o bien cefalea universal, -- más intensa por la noche.

Anorexia: Náusea y Vómitos: De éstos tres síntomas, la anorexia fué el más frecuente (87% de los casos); náusea en 58% y vómitos en 44%, generalmente post-prandiales.

Diarrea, Estreñimiento y Enterorragias: La diarrea se presentó, - a diferencia de lo reportado por la literatura, con mucho más frecuencia que el estreñimiento, probablemente debido a infecciones del tracto gastrointestinal, tan usuales en nuestro medio, asociado a la Fiebre Tifoidea. La diarrea se presentó en el 65% de los casos, el estreñimiento fué escaso y sólo se observó en el 2% de los casos, en tanto que la enterorragia como síntoma de ingreso fué de 4.5%.

Sed, Sequedad de la boca y sudoración: La sed se presentó con relativa frecuencia 65% de nuestros pacientes; acompañada de sensación de sequedad en la boca. Sudoración solo ocurrió en 1.6% de los casos.

Malestar General, Mialgias, Debilidad y Raquialgias: Lo acusaron - la mayoría de los pacientes, especialmente malestar general (82%). Mialgias (39%), especialmente al inicio de la enfermedad. Cuando ésta ya estaba avanzada con frecuencia referida debilidad (40%) acompañado de Raquialgias (10%).

Tos, Coriza, Epistaxis, Dolor de Garganta: La tos se presentó en 30% de los casos, de caracter no productivo, irritativo en la mayoría y en ocasiones con expectoración blanquecina. Coriza y dolor de garganta ocurrió en el 10% y 12% de nuestros pacientes respectivamente, lo que podía sugerir inicialmente un diagnóstico equivocado de infección respiratoria superior. La Epistaxis se presentó en 28% de los casos, pero muchas veces era epistaxis sola, sin presentar síntomas de I.R.S.

Dolor Abdominal: Lo refirieron 60% de los pacientes, generalmente lo referían como generalizado, aunque más intenso en la Fosa Ilíaca Derecha. Otras veces lo referían sordo constante, que se alternaba con períodos de dolor de tipo cólico.

El resto de los síntomas analizados son de poco valor para sacar conclusiones ya que fueron o se presentaron en muy pocos pacientes, pero si es de hacer mención que hubo varios pacientes que presentaron estupor, delirio y confusión mental al inicio de la enfermedad; y con el tratamiento específico e hidratación, mejoraron notablemente en pocos días.

Los hallazgos más importantes encontrados en el examen físico fueron:

Pulso: Fué notoria la diferencia presentada por los casos de la serie estudiada, dependiendo de la edad, fiebre y estado general del paciente. Nosotros relacionamos el pulso con la fiebre, encontrando que la frecuencia del pulso era baja comparada con la fiebre que el paciente presentaba en el momento del examen.

<u>No. de Pulsaciones</u>	<u>Casos Confirmados Bacteriológicamente</u>	<u>Casos Clínicos:</u>
60-90 X'	39 = 32,5%	50 = 37%
91-120 X'	76 = 63,3%	71 = 52,5%
Arriba de 120 X'	15 = 12,5%	18 = 13,4%

Como puede observarse, la mayoría (60% de los casos) presentaban -- una frecuencia en el pulso entre 91-120 X' con un promedio de 110 pulsaciones X', aunque tomando este dato aislado no es válido para pensar en -- Bradicardia relativa. Sin embargo en la mayoría de los pacientes se encontró fiebre por arriba de 38.5°, es decir que sí hubo bradicardia relativa. So lo tres casos a su ingreso estaban apiréticos.

Lengua: En el 85% de los casos observamos lengua saburral con la punta en rojecida, variando en humeda, seca, tostada o con grietas.

Bazo: Debido a la invasión de los bacilos en el sistema Reticulo-endotelial y sobre todo en el bazo, la esplenomegalia es indudablemente un signo de - valor; pudiendo ser dolorosa. Nosotros encontramos:

Bazo Percutible	136 = 55.7%
Bazo Palpable	74 = 30.3%
Total:	210 = 86%

Examen del abdomen: El dolor abdominal como signo, se presentó en el 60% de los pacientes, más frecuente la Fosa Ilíaca Derecha. Había defensa muscular en el 25% de los casos. Solamente en 4 casos se presentó abdomen en tabla que fueron diagnosticados como perforación intestinal y trasladados a otro hospital para su tratamiento quirúrgico.

Respiratorio: En 42 pacientes (36.5%) se presentaron con sintomatología respiratoria de bronquitis y faringitis. En 7 pacientes (5.8%) se encontraron esputos pulmonares diseminados que se catalogaron como Bronconeumonías; Comprobadas por radiografías, cediendo el cuadro respiratorio con la administración de Cloranfenicol.

Cardiovascular: Los ruidos lejanos se presentaron en tres pacientes -- (2.5) pensándose que se trataba de Miocarditis, por lo que se efectuaron electrocardiogramas, siendo sugestivo de esta enfermedad en uno sólo de -- ellos; pero es imposible hablar de Miocarditis sin exámenes seriados de E. C. G. y radiografías de tórax.

Piel: Por ser la fiebre tifoidea una enfermedad febril y deshidratante, en la piel se pueden observar variando signos que revelan diferentes grados de gravedad, así encontramos piel pálida en 46% de los casos, sudoroso en el 54%, caliente en un 44% y fría en el 11%; es interesante observar

que las manchas rosadas, descritas clásicamente, sólo se observaron en el 22.5% de nuestros pacientes, y petequias en el 12%.

F) ESTUDIO DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

En la Fiebre Tifoidea, es de gran valor el recuento globular. La leucopenia orienta mucho en el diagnóstico. En nuestros casos por lo general se tomaron de tres a cinco recuentos y fórmulas, durante el curso de la enfermedad, encontrándose que la mayoría presentaban recuento bajo o normal predominando la Neutropenia. En los casos que había Leucocitosis, se encontró generalmente, otra se encontró generalmente, otra enfermedad asociada.

<u>Leucocitos Por mm³</u>	<u>Casos Confirmados</u>	<u>Casos Clínicos</u>
Abajo de 5,000	64 = 53.3%	52 = 38.5%
5,000 a 9,000	60 = 50%	82 = 60.4%
Arriba de 9,000	5 = 4.1%	3 = 2.2%

No se encontró ninguna relación constante entre el estado general, el tiempo de evolución, temperatura con la leucopenia. Cuando en varios casos apareció eosinofilia, se lograba establecer una relación fuerte con parasitismo intestinal, predominando Ascaris y Uncinarias. Los valores más bajos de glóbulos blancos fueron de 1,200 y 2,100. En el primer caso fué un paciente con Hemocultivo positivo y que en controles posteriores se encontró el recuento de blancos de 900 X mm³, siendo referidos a otro hospital con diagnóstico de Agnucitosis, pero no creemos que éste cuadro sea de-

bido al Cloranfenicol porque nunca antes lo había tomado y a su ingreso ya tenía leucopenia severa.

En controles posteriores al recuento de glóbulos blancos en el día de ingreso, en ninguno de los pacientes, se observó descenso de los leucocitos. Por el contrario hubo aumento, egresando la mayoría con conteo normal.

Es importante también hacer mención que la desviación a la izquierda en la fórmula leucocitaria la encontramos en 25% de los casos y que ésta persistía días después de haber buena evolución de la enfermedad.

Urocultivo: En ningún caso se logró aislar el bacilo ya que no fué rutinario este examen. Sólo se solicitaba cuando se sospechaba Infección Urinaria - asociada, encontrándose en tres casos, aislando E. Coli con conteo de colonias arriba de cien mil por mm³.

G) LA REACCION DE WIDAL EN OTRAS ENFERMEDADES:

Por ser la reacción de Widal uno de los exámenes complementarios para diagnóstico de la enfermedad, en muchas ocasiones se refirieron pacientes con diagnóstico de Fiebre Tifoidea tan solo por presentar aglutinaciones medias o altas, siendo descartadas de este diagnóstico por la historia, examen físico y otros exámenes complementarios. A continuación se enumeran estas enfermedades:

G) LA REACCION DE WIDAL POSITIVA EN OTRAS ENFERMEDADES

<u>Enfermedades:</u>	<u>Título de la Reacción:</u>	
1. - Panadizo.....	0/160	H/80
2. - T. B. C. Pulmonar.....	0/160	H/Neg.
3. - Infección Urinaria.....	0/320	H/40
4. - Rubeola.....	0/320	H/640
5. - Traqueobronquitis.....	0/40	H/160
6. - Bronquitis Aguda.....	0/80	H/160
7. - Neumonía Basal Izquierda.....	0/80	H/640
8. - I. R. S.	0/160	H/160
9. - Sinusitis.....	0/160	H/320
10- Bronconeumonía.....	0/80	H/160
11- Amigdalitis Aguda.....	0/80	H/160
12- Otitis Media Aguda.....	0/160	H/160
13- Fiebre Reumática.....	0/160	H/640
14- Colecistitis Aguda.....	0/160	H/320
15- Colecistitis Crónica.....	0/80	H/320
16- Hepatitis Viral.....	0/80	H/160
17- Paludismo Agudo.....	0/320	H/640
18- Anexitis.....	0/160	H/640
19- Disentería Bacilar.....	0/160	H/320
20- Disentería Amebiana.....	0/320	H/160
21- Enterocolitis Aguda Ines.....	0/160	H/320
22- Colitis Ines.....	0/80	H/160
23- Intoxicación Alimenticia.....	0/640	H/160

Como puede verse, la Reacción de Widal puede ser positiva en varias enfermedades, pero predominaron las de etiología de Gastrointestinal, ya sea por colitis amebiano por otras etiologías. Al seguir estas enfermedades con - controles posteriores de Widal, resultaron negativos o bien disminuían de dilución por lo que no se le dió ningún significado.

H) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico exacto de la Fiebre Tifoidea se hace por el aislamiento del germen, ya sea por cultivos de sangre, médula osea, orina o heces. En nuestros casos, se logró aislar el bacilo en 120 pacientes (44.5%), correspondiendo a estos solo el 5.5% para Coprocultivos y el resto para Hemocultivos. En el resto de los casos el diagnóstico se confirmó por la Reacción de Widal alta o ascendente en el curso de la enfermedad.

Siempre se tuvo en consideración el diagnóstico diferencial, a la disentería bacilar, colitis amebiana, septicemias, tifus exantemático, gripe, tuberculosis, paludismo, fiebre ondulante, meningitis, fiebre reumática y diversas enfermedades por salmonellas.

I) RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES EN RELACION A LAS HISTORIAS CLINICAS DE NUESTROS PACIENTES:

1. - Revisamos 275 historias clínicas de enfermos con Diagnóstico de egreso de Fiebre Tifoidea. Desde el 1º. de Enero de 1966 al 31 de Diciembre de 1969.
2. - La mayoría de los casos se presentaron en los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre.
3. - No encontramos ninguna predominancia con respecto a la residencia y a la distribución por sexo.

- 4.- La edad más frecuente fué de los 13 a 20 años.
- 5.- Los pacientes acudieron al Hospital durante el 13 día de evolución de la enfermedad.
- 6.- La fiebre descendió en la mayoría de los casos antes del 5o. día del tratamiento.
- 7.- Los síntomas encontrados en orden de frecuencia fueron: Fiebre, Cefalea, anorexia, malestar general, calofríos, sed, sequedad de la boca, dolor abdominal, diarrea, náusea, vómitos; etc.
- 8.- Los signos más frecuentes fueron: Fiebre, Bradicardia relativa, lengua sabural, esplenomegalia, lengua roja en la punta, seca, tostada, dolor difuso abdominal, gorgoteo en fosa ilíaca derecha.
- 9.- Las complicaciones más frecuentes fueron: enterorragias, Shock tóxico, Perforación Intestinal, Bronconeumonías; etc.
- 10- En 21 casos hubo recaídas, lo que da 8.5%.
- 11- La mortalidad en la serie estudiada fué de 7.5%, lo que se puede considerar baja.
- 12- La leucopenia se presentó en el 53% de los casos y en un sólo caso hubo leucopenia después del tratamiento.

J) CONCLUSIONES GENERALES:

- 1.- La Fiebre Tifoidea, a pesar del esfuerzo de los Servicios de Salud por me-

jorar las condiciones ambientales, de controles sanitarios y de intensificar campañas de vacunación e introducción de agua potable, sigue causando defunciones.

2. - Aunque el tratamiento específico con Cloranfenicol se inicie rápidamente, sigue siendo una enfermedad que dura no menos de 30 días y con valores de mortalidad de 7.5%.
3. - Los cuadros clínicos que ceden fácilmente al tratamiento y no recaen, dejan lugar a dudas en relación a lo exacto del diagnóstico.
4. - El cuadro clínico se caracteriza, por una enfermedad septicémica, que desde el punto de vista hematológico, se asocia con leucopenia, anaesinofilia y neutropenia, con desviación a la izquierda.
5. - La reacción de Widal, dado el gran número de personas que presentan una aglutinación baja o mediana, ha dejado de ser una base para el diagnóstico, y además que existen casos de aglutinaciones altas especialmente con antígeno "H".
6. - Pero cuando esta reacción es negativa o baja y las aglutinaciones aumentan progresivamente durante la evolución de la enfermedad, debe tomarse este aumento como de valor diagnóstico.
7. - Si la reacción permanece negativa o las diluciones descienden, lo más probable es que se trate de otra enfermedad. Hay casos excepcionales con he-

mocultivos positivos y reacción de Widal negativas.

8. - En el diagnóstico de la Fiebre Tifoidea deben hacerse todos los esfuerzos posibles, dentro de las facilidades disponibles, para establecer un diagnóstico definitivo antes de iniciar tratamiento con Cloranfenicol.
9. - El control de la Fiebre Tifoidea es posible, si se intensifican las campañas de medicina preventiva, saneamiento ambiental y educación higiénica.
- 10- Por se una enfermedad en que el paciente necesita hospitalización por 30 días, imposibilitándolo por este tiempo para el trabajo y con repercusión en la economía del país.

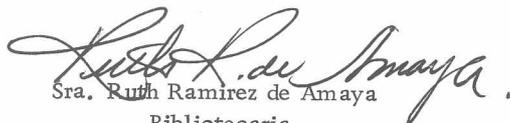
BIBLIOGRAFIA

1. - Behar Alcah , Alberto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea. Revisión de 110 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio 1952 52 p.
2. - Carpenter, Philip. Microbiología. 2a. Ed. México Ed. Interamericana, 1969. pp. 315-319.
3. - Cecil, Russell. L. and Kennedy, Foster. Textbook of medicine, 14a. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1954. pp. 199-213.
4. - Estrada Sanabria, Jacinto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea - en la Ciudad de Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Feb. -- 1946. 69 p.
5. - Harrison, T.R. Medicina Interna, 3a. ed. México. La Prensa Médica Mexicana, 1965. pp. 936-942.
6. - Hunter, George, Mackie, Thomas. Worth, Brookie. Manuel de Medicina tropical, México, La Prensa Médica Mexicana, 1964 pp 199-312.
7. - Jawetz, Ernest. Melnick, Joseph. Adelberg, Edward. Manuel de microbiología médica. 3a. ed. México, El Manual Moderno. S.A. 1968. pp. 231-234.
8. - Molina Nuyens, Victor Manuel. El diagnóstico exacto de la fiebre tifoidea es bacteriológico. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1959. 45 p.
9. - Robins, Stanley. Tratado de Patología. 2a. ed. México. Ed. Interamericana, 1963. pp 280-284.
- 10- Soto Soto, César Augusto. Estudios sobre cien casos de fiebre t ficas en el Hospital San José. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de CC.MM. Nov. 1950. 48 p.

Bibliografía...

- 11- Topley, W.W.C. Wilson, G.S. Miller, A. A. Bacteriología e inmunidad. 3a. Ed. Barcelona, Salvat Editores. S.A. 1953. pp. 1500-1535.
- 12- Tervero Castro, Mauro. El mielocultivo por punción ilíaca en el diagnóstico de la fiebre tifoidea. Tesis. Guatemala, Universidad de -- San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo 1949. 31 p.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JULIO RAFAEL CABRERA VALVERDE

DR. ALBERTO BEHAR ALCHAE
Asesor.

DR. RODRIGO SANCHEZ
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.