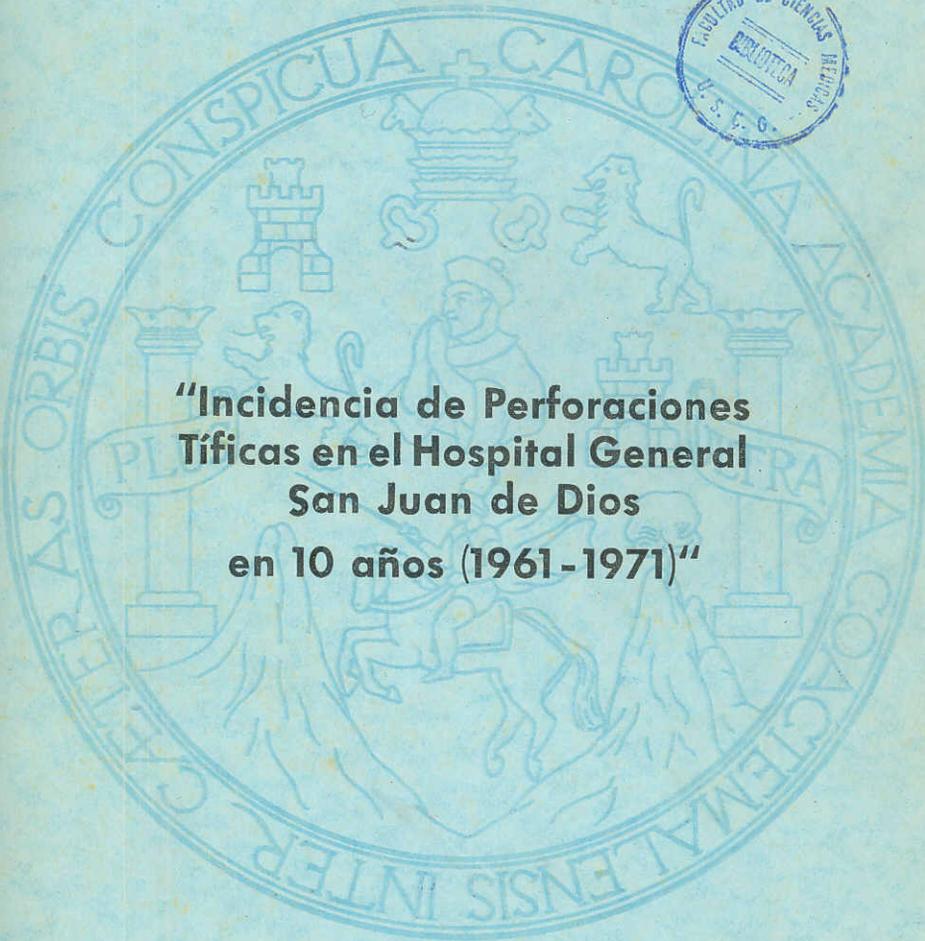


1971

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C-2



**"Incidencia de Perforaciones
Tíficas en el Hospital General
San Juan de Dios
en 10 años (1961-1971)"**

GUSTAVO ADOLFO MORALES TOLEDO

1971

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. PLAN DE DESARROLLO

A) Material de estudio, métodos y técnicas empleadas.

1. Descripción de la toma de información.
2. Criterio personal en la selección de datos a evaluar de las fichas clínicas.
3. Análisis de las fichas clínicas.
 - 3a. Descripción de los aspectos epidemiológicos.
 - 3b. Descripción de los aspectos clínicos.
 - 3c. Descripción de los aspectos quirúrgicos.

III. CONCLUSIONES

IV. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

La Fiebre Tifoidea es una enfermedad endémica de carácter infecto-contagioso muy frecuente en nuestro medio ambiente.

A pesar de las campañas sanitarias que se han realizado en la República, no ha sido posible deshacerse de esta entidad patológica, asunto de por sí difícil, que aún mantiene un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad.

En el presente estudio se va a analizar un cuadro secundario de la Fiebre Tifoidea, que es una complicación muy frecuente: se trata de la "Perforación Intestinal"; tema poco estudiado en nuestro país, aunque sospechamos que causa una mortalidad elevada. En la actualidad la Perforación Intestinal de origen tífico, continúa siendo problema de diagnóstico diferencial en las emergencias hospitalarias, con los distintos cuadros de "abdomen agudo" secundario a otras entidades.

Frecuentemente se necesita del concurso clínico, radiológico y de laboratorio para llegar a un diagnóstico veraz.

Los datos obtenidos sobre la incidencia y mortalidad de Fiebre Tifoidea por año, no son confiables, debido a que muchos de los casos positivos no se reportan a las autoridades sanitarias. Por otra parte, sabemos que muchos casos de esta enfermedad pasan sin ser registrados, ya sea por su condición de enfermedad subclínica o bien porque la paciente cura espontáneamente, o muere sin haber recibido atención médica.

Respecto a estadísticas de perforaciones intestinales de pacientes con Fiebre Tifoidea, en Estados Unidos y Europa, refieren autores como Cecil y Loeb (5) y Harrison; una incidencia de dos a tres o/o. En Guatemala Behar (3) informa que es el 4 o/o.

En los servicios de emergencia del Hospital, se tiene muy en mente esta complicación cuando se presenta un caso de abdomen agudo; como consecuencia los porcentajes han subido refiriéndonos varios autores entre el 10 y el 15 o/o; el Hospital Roosevelt eleva su diagnóstico hasta 30 o/o. Aún así, no son raras las oportunidades en que se ha tratado al paciente sin

haber llevado a cabo las pruebas de laboratorio que hubieran definido esta complicación.

II. PLAN DE DESARROLLO.

A) Material de estudio, métodos y técnicas empleadas.

I. Descripción de la recopilación de información.

Se utilizaron los libros de la Sala de Operaciones del Hospital General, para localizar aquellas operaciones electivas y de emergencia, efectuadas entre los años 1961-1970.

Luego se procedió a buscar las operaciones cuyo motivo fue "Perforación Intestinal secundaria a Fiebre Tifoidea". Se encontraron problemas de registro en dichos libros, que más tarde iban a perjudicar la búsqueda de las fichas clínicas de cada paciente operado. El problema consistió en que los pacientes aparecían en los libros, referidos a determinado servicio hospitalario para su recuperación; pero en varias oportunidades al ir a buscarlas a ese servicio no aparecían en los libros de ingreso, como tampoco en los de egreso.

Ya con los nombres de los pacientes operados y el servicio al que habían sido trasladados, se procedió a buscar los números de las papeletas o fichas clínicas correspondientes, ya que la mayoría de los pacientes operados fueron de emergencia, y no estaban documentados, por no haber clasificación de admisión nocturna.

En los libros de ingresos y egresos de cada servicio se encontró más o menos en total un 88 o/o de los números buscados; el resto no apareció en ningún servicio, ni en el Archivo General, ni en la morgue del hospital.

Con este número de pacientes con historia clínica se visitó el Archivo General del Hospital para que prestaran las papeletas correspondientes a los números encontrados. Aquí fue la mayor sorpresa al ver que únicamente el 60 o/o aparecían en los

distintos estantes del archivo; el resto tenían los números confundidos o no aparecían en el lugar indicado.

Se nos proporcionaron las papeletas encontradas para su estudio y análisis. Este análisis último se describirá más adelante con detalle.

II. Criterio personal para la selección de datos a evaluar en las fichas clínicas.

Creo que todo estudio efectuado en la rama de Medicina que quiera aportar alguna contribución positiva, debe llenar los aspectos y objetivos que otros trabajos no han realizado.

En esta oportunidad la enfermedad que vamos a estudiar repercute grandemente en la sociedad por su carácter infecto-contagioso y y complicaciones secundarias mortales; por lo que el presente estudio trata de abarcar los aspectos epidemiológicos, clínicos y quirúrgicos más comunes, que ayudan a darnos una idea de cómo se presenta la entidad patológica. A continuación se analizarán dichos aspectos.

III. Análisis de las fichas clínicas.

3a. Descripción de los aspectos epidemiológicos.

En primer lugar, tenemos la cantidad de pacientes que sufrieron de perforación intestinal secundaria a Fiebre Tifoidea en los diez años de revisión, y que más tarde fueron intervenidos quirúrgicamente.

El total de casos encontrados fue de 57 en 94,139 operaciones revisadas. (Ver cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE OPERACIONES POR AÑO,
E INCIDENCIA DE PACIENTES PERFORADOS

Año	Operaciones Efectuadas	Casos Encontrados
1961	11,144	5
1962	11,304	9
1963	11,470	3
1964	9,655	8
1965	8,854	5
1966	9,119	10
1967	9,229	3
1968	9,717	4
1969	7,588	4
1970	8,109	6
Total:	94,139	57

A continuación se analiza la distribución de casos por meses, en los diez años revisados. (Ver cuadro No. 2).

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN MESES
EN LOS AÑOS 1961 - 1970

Año	En.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
61	1	--	1	--	--	--	2	1	1	--	--	--	5
62	1	--	1	--	2	1	3	--	1	--	--	--	9
63	1	1	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	3
64	--	1	4	1	--	--	1	--	--	--	1	--	8
65	1	1	--	2	--	--	1	--	--	--	--	--	5
66	--	--	--	--	1	5	1	--	2	--	1	--	10
67	--	--	--	--	1	2	--	--	--	--	--	--	3
68	--	--	1	--	--	--	--	1	1	--	--	1	4
69	--	1	--	--	--	1	1	1	--	--	--	--	4
70	--	2	--	1	1	--	--	--	--	1	--	--	6

Totales: 4 6 6 4 5 9 10 4 5 1 2 1 57

El promedio de casos por año es de 5.7, a razón de un caso cada dos meses; aunque en la realidad como puede observarse, hay meses sin casos reportados y otros con más de uno.

La incidencia más alta por mes, aunque en poca proporción, pero sí significativa, son Junio y Junio (9 y 10 casos respectivamente en los diez años). Corresponden estos meses a la época de mayor precipitación pluvial en la República de Guatemala.

Hay disminución notoria en los tres últimos meses del año (época fría en Guatemala).

La constante y permanente movilización de agua en la época lluviosa, tanto en el área rural como en las zonas marginales de la capital, y la falta de drenajes y vías de evacuación adecuadas, ayudan a que el germen tifoso se disemine mejor aumentando la posibilidad de contaminación de alimentos y la infectividad para las personas que hacen uso de las aguas y alimentos.

Frecuencia en tiempo y espacio semejante describe el Dr. J. Cabrera en su trabajo: "Fiebre Tifoidea: Estudio Clínico y Diagnóstico", al encontrar en los meses de Julio y Agosto la mayor incidencia de casos clínicos típicos; así como coincide con la disminución de frecuencia en la época fría. (4).

Respecto al sexo, se encontró marcada diferencia siendo ésta:

Sexo Masculino: 46 casos 80.7 o/o
Sexo Femenino: 11 casos 19.3 o/o

La posible razón de dicha diferencia es aún ignorada, pero denota mayor riesgo del hombre hacia esta complicación.

Pero si hacemos comparación de la letalidad en relación a la incidencia descrita con anterioridad, tenemos que:

Letalidad Sexo Masculino de: 46 casos: 7 muertos 15.2 o/o
Letalidad Sexo Femenino de: 11 casos: 4 muertos 36.3 o/o
Total de Letalidad de: 57 casos: 11 muertos 19.3 o/o

Podemos concluir: que el hombre es mas susceptible a la perforación intestinal como complicación secundaria de la Fiebre Tifoidea; en cambio la letalidad resultó mucho más alta en la mujer.

La letalidad femenina excedió porcentualmente en el doble a la masculina. La distribución por sexo es corroborada por el estudio del Dr. C. Mejicanos en su tesis: "Consideraciones generales sobre perforación intestinal en Fiebre Tifoidea", (9) que arroja un porcentaje similar al encontrado por nosotros: Incidencia de perforaciones en el sexo masculino: 72 o/o e incidencia de perforaciones en el sexo femenino: 28 o/o

Los pacientes estudiados eran nacidos en distintas áreas de la república que se escriben a continuación:

Capital: 14 pacientes

Departamentos: 13 pacientes

Santa Rosa: 3 pacientes

Guatemala: 2 pacientes

Jutiapa: 2 pacientes

El Progreso: 2 pacientes

Chiquimula: 1 paciente

Alta Verapaz: 1 paciente

Quezaltenango: 2 pacientes

Total: 13 pacientes

Fuera de la República 3 pacientes

El Salvador 1 paciente

Honduras: 2 pacientes

Se describe lo anterior como dato de valor estadístico.

CUADRO No. 3

LUGAR DE PROCEDENCIA O RESIDENCIA
AL MOMENTO DE PADECER LA ENFERMEDAD

Zona o Localidad	No. de Pacientes	Zona o Localidad	No. de Pacientes
Zona 1	2	Piedra Parada	1
Zona 3	7	Mixco	1
Zona 4	1	San José Pinula	1
Zona 5	3	Palencia	1
Zona 6	4	Jutiapa	2
Zona 7	1	El Progreso	1
Zona 14	1	Cuilapa	1
Zona 19	1	Chiquimula	1

Llama la atención el hecho que en las zonas marginales de la capital (zona 3, 5 y 6) sean las de mayor incidencia. Posiblemente se deba a la mayor densidad de población y hacinamiento que existen en esas zonas; asociada a las malas condiciones socio-económicas y sanitarias comprobadas en estudios estadísticos anteriores.

Otro aspecto de interés epidemiológico evaluado fue el estado civil de los pacientes. (Ver cuadro No. 4)

CUADRO No. 4

Solteros: 14 pacientes

Casados: 4 pacientes

Unidos: 5 pacientes

Menores de edad: 5 pacientes

No dice: 2 pacientes

30 pacientes

Es obvio el resultado alto en el grupo de los solteros (14 casos), donde podemos suponer que este tipo de paciente tiene

SINTOMATOLOGIA

Bajo este epígrafe enumeramos a continuación los signos y síntomas más comunes que los pacientes relataron a su ingreso al hospital (Ver cuadro No. 7)

CUADRO No. 7

SINTOMATOLOGIA

1o.) Dolor Abdominal	25 casos
2o.) Fiebre alta	23 casos
3o.) Cefalea	14 casos
4o.) Vómitos	13 casos
5o.) Diarrea	10 casos
6o.) Anorexia	6 casos
7o.) Escalofríos	5 casos
8o.) Náuseas	3 casos
9o.) Tos	1 caso
10o.) Hemoptisis	1 caso
11o.) Sudoración	1 caso

Como se puede apreciar, los síntomas más comunes son: Dolor abdominal, fiebre y cefalea; (esta tríada fue referida por 15 pacientes, 50 o/o); el resto, presentaba la combinación de los otros síntomas.

Estos resultados concuerdan con los hallados y escritos por otros autores.

Respecto al tiempo de evolución, puede verse el cuadro No. 8.

CUADRO No. 8

TIEMPO DE EVOLUCION

Días	Frecuencia
1- 8	15 casos
9-16	5 casos
17-24	7 casos
25-32	2 casos

El período evolutivo de la enfermedad que con más frecuencia se presentó después de iniciado el 1er. síntoma fue el de 1 a 8 días, varió el tiempo mínimo en 1 día y el máximo, 30 días.

Siguiendo el orden que guarda una historia clínica, a continuación evaluaremos los antecedentes.

Las historias son bastante escuetas y casi ninguna tiene referidos datos positivos.

Antecedentes Gastrointestinales:

Diarreas crónicas:	8 pacientes
Dolor tipo cólico crónico:	1 paciente

Antecedentes quirúrgicos: Negativos

Enfermedades Concomitantes:

Catarro:	1 paciente
Parasitismo:	3 pacientes
D H E	2 pacientes
Politraumatismo:	1 paciente

Los datos anteriores son escasos y no tienen validez para conclusiones generales

Signos Vitales:

Datos valiosos son éstos, ya que a menudo se menciona la relación existente entre pulso (bradicardia) y fiebre alta como Signo Patognomónico de la Fiebre Tifoidea. Es más, al hacer una gráfica de dichos signos vitales, se pregoniza que al cruzarse, (disminución de la fiebre y elevación del pulso), se debe pensar en "Perforación Intestinal". Obsérvese los resultados del cuadro No. 9 para sacar conclusiones:

CUADRO No. 9

SIGNOS VITALES

PULSO

MINIMO: 70 X minuto
 MAXIMO: 160 x minuto
 PROMEDIO: 108 x minuto
 FRECUENCIA: MAS ALTA: 100 x minuto 5 pacientes

RESPIRACION

MINIMA: 16 x minuto
 MAXIMA: 60 x minuto
 PROMEDIO: 27 x minuto
 FRECUENCIA MAS ALTA: 20 x minuto 6 pacientes

PRESION ARTERIAL

PRESION MAXIMA:

PROMEDIO: 105 mm. Hg.
 MAXIMA: 130 mm. Hg.
 MINIMA: 60 mm. Hg.

PRESION MINIMA:

PROMEDIO: 67 mm. Hg.
 MAXIMA: 90 mm. Hg.
 MINIMA: 0 mm. Hg.

TEMPERATURA

MAXIMA: 40.2 grados cent.
 MINIMA: 36.5 grados cent.
 PROMEDIO: 38.4 grados cent.
 FRECUENCIA MAS ALTA: 38.5 grados cent. 5 pacientes

En realidad, a todos los pacientes estudiados se les comprobó "Perforación Intestinal" (pacientes quirúrgicos). Entonces debe buscarse si existe la disociación descrita de la fiebre con el pulso.

Se comprueba que es evidente: Frecuencia cardíaca aumentada (taquicardia de 100 y 120 x minuto) con promedio de 106 x minuto. Fiebre de 38 (promedio). Signos que en un principio debieron haber sido: bradicardia y fiebre más alta.

Los promedios aritméticos de las presiones arteriales, mínima y máxima, se consideran en límites normales 105/67 aunque se hayan registrado presiones arteriales muy bajas 60/0 y la más alta 130/90; el promedio, repito, se mantuvo normal.

La frecuencia respiratoria más alta esta en 20 respiraciones por minuto que se encontraron en seis casos. El promedio aritmético fue de 27 respiraciones por minuto. (pequeño aumento).

EXAMEN FISICO

No se encontró en ninguna papeleta clínica una descripción detallada de los hallazgos físicos de cada paciente; únicamente se concretan a dar generalidades. (Ver cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO

Abdomen doloroso 20 pacientes
 Ruidos intestinales ausentes 19 pacientes
 Abdomen en tabla 10 pacientes
 Defensa muscular 9 pacientes
 Abdomen timpánico 9 pacientes
 Abdomen distendido 4 pacientes
 Máculas abdominales 2 pacientes
 Respiración ruda 1 paciente
 Signo Rebote 1 paciente
 Hipersensibilidad cutánea 1 paciente
 Examen físico negativo 1 paciente

Los hallazgos positivos que más se encontraron pertenecen en realidad a un abdomen agudo (quirúrgico), como son:

Abdomen muy doloroso, ausencia de ruidos intestinales,1 abdomen rígido (en tabla), abdomen timpánico y defensa muscular abdominal.

RADIOLOGIA

De los 30 casos estudiados, únicamente a 22 se les tomaron Rayos X (placa vacía de abdomen y tórax)

De estos 22 pacientes, solo 8 tenían informes radiológicos; el resto, se descubrió que les habían tomado por notas escritas en hojas de evolución, donde refieren someramente el resultado de dichas radiografías.

La radiología en este estudio, fue definitiva en la decisión para la intervención quirúrgica, ya que tanto en los informes de Rayos X, como en los descritos por los médicos en hojas de evolución, manifestaron presencia de gases libres bajo el diafragma y ó signos de peritonitis difusa.

También se tomaron 6 placas de tórax y 6 P.V.A. en el control post-operatorio de varios pacientes complicados. (Ver complicaciones).

EXAMENES DE LABORATORIO

En este momento importa dar a conocer los resultados de exámenes de laboratorio hechos a los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

Los exámenes practicados son pocos ya que eran pacientes de emergencia; los principales fueron:

Reacción de Widal: 18 exámenes de 30 pacientes
14 positivos
4 negativos

De los 14 positivos, cuatro sirvieron para hacer el diagnóstico definitivo; los 10 restantes ayudaron a confirmar el diagnóstico asociados al cuadro clínico.

HEMATOLOGIA:

Analizaremos los aspectos importantes y de significación

objetiva.

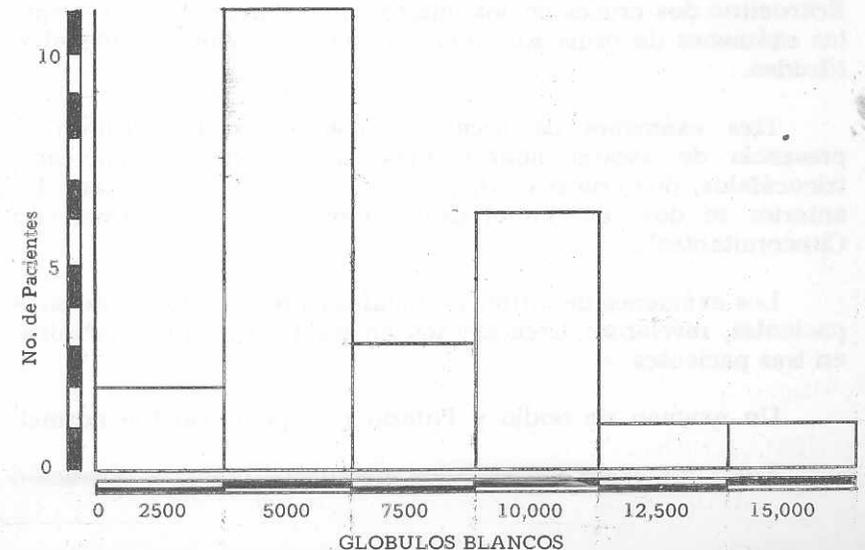
El Ht practicado a 16 pacientes dió un promedio aritmético de 38.6 o/o.

El valor máximo fue de 53 o/o y el valor mínimo de 29 o/o. Considero que el promedio está en límites bajos.

La Hg dió como promedio en 23 pacientes la cifra de 13 gm. o/o. El paciente con el valor más alto fue de 19 gm. o/o; y el valor más bajo, 9 gm. o/o. En términos generales, la Hg está disminuída (normal 14 - 16 gms. o/o)

Respecto a los glóbulos blancos, se presentan en gráfica los resultados para su mejor análisis. (Ver gráfico No. 1).

GRAFICO No. 1



Es obvio que la mayoría de pacientes presentaba una leucopenia por abajo de los 5,000 glóbulos blancos que está de acuerdo con la leucopenia descrita en los libros sobre Fiebre Tifoidea.

La otra frecuencia alta está entre los 7,500 y 10,000 glóbulos blancos.

Hay que recordar que los pacientes examinados, todos tenían cuadro de peritonitis generalizada, (abdomen quirúrgico).

Creo que en la perforación intestinal secundaria a fiebre tifoidea, la leucopenia está en relación directa a lo avanzado de la peritonitis, es decir: leucopenia —menor grado de peritonitis. Leucocitosis — mayor grado de peritonitis.

Si analizamos la fórmula leucocitaria, observamos que el promedio de neutrófilos es de 80 o/o (neutrofilia); a pesar de que existía leucopenia.

Por el contrario, el promedio de linfocitos sí está disminuido a 20 o/o. Concluimos que la fórmula leucocitaria está desviada a la izquierda como en todo proceso agudo e infeccioso.

También se practicaron cuatro exámenes de orina pre-operatorios. El resultado fue: Hemoglobina positiva en dos casos; Albuminuria en dos casos; Epitelio, Leucocitos y Eritrocitos dos cruces en los cuatro casos. Puede concluirse que los exámenes de orina son anormales en los pacientes con fiebre tifoidea.

Tres exámenes de heces pre-operatorios demostraron la presencia de ascaria lumbricoides, tres cruces en un caso; tricocéfalos, dos cruces en dos casos; tricomonas, en un caso. Lo anterior se describió en el capítulo referido a "Enfermedades Concomitantes".

Los exámenes de química sanguínea pre-operatorios de siete pacientes, revelaron: Urea elevada en seis pacientes y Creatinina, en tres pacientes.

Un examen de Sodio y Potasio pre-operatorio fue normal.

Entre los exámenes variados efectuados previo a operación

fueron: tiempo de coagulación y sangría: a dos pacientes. Investigación de BK, a un paciente. VDRL, a un paciente. Amilasa, a un paciente; lipasa a un paciente. Después de haber descrito y evaluado los aspectos médicos o clínicos, que consideramos importantes, resta únicamente dar a conocer los diagnósticos que se hicieron en base a lo estudiado.

De 30 diagnósticos pre-operatorios hechos a 30 pacientes estudiados: 22 fueron correctos (73 o/o). En estos casos, el diagnóstico de perforación intestinal por fiebre tifoidea fue comprobado por el acto quirúrgico.

Los ocho errores diagnósticos fueron: tres apendicitis agudas y cinco diagnósticos variados: Perforación víscera hueca: 2 casos. Ruptura víscera hueca: 2 casos. Obstrucción Intestinal de etiología desconocida: 1 caso. Nuevamente, el acto operatorio confirmó el origen tifoidico.

Los diagnósticos correctos se hicieron correlacionando cuadro clínico, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos.

Los errores diagnósticos pudieron haberse debido a las causas que se observan en el cuadro No. 12.

CUADRO No. 12

USO DE ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS EN OCHO CASOS EN QUE HUBO ERROR DIAGNOSTICO

Pacientes	Widal Practicado	Widal no Practicado	Widal Positivo	Widal Negativo	R x Tomados
1	X	—		X	X
2		X			X
3		X			NO
4	X		X		NO
5	X			X	NO
6		X			NO
7	X		X		NO
8	X		X		NO

Puede apreciarse lo definitivo que es el examen radiológico para diagnóstico positivo, ya que en tres casos, aun teniendo tres exámenes de Widal positivo, no se hizo el diagnóstico de

perforación intestinal por no haber evaluación radiográfica.

Otros errores se debieron a que no se hizo reacción de Widal ni estudio radiológico.

El error diagnóstico es de 27 o/o. El porcentaje es menor que el encontrado en el Hospital Roosevelt que fue de 46 o/o

3c Descripción de los Aspectos Quirúrgicos:

Ya hecho el diagnóstico de perforación intestinal secundaria a Fiebre Tifoidea, el paciente es preparado para intervenirlo quirúrgicamente.

A continuación enumeramos los pasos seguidos en la evolución del tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Pre-Operatorio:

Todos los pacientes antes de ser intervenidos fueron tratados con las medicinas y líquidos siguientes: (Ver cuadro No. 13).

CUADRO No. 13

TRATAMIENTO MEDICO PRE-OPERATORIO

Medicinas	No. de Pacientes	Dosis
Atropina	27	0.5 Mg. IM
Demerol	19	Varía según el pte. (50-100 mg.)
Líquido I.V.	10	No especifica cantidades
Antibióticos	9	(Ver tratamiento post-operatorio son id.)
Transfusiones	3	Variaron según la necesidad
Morfina	2	5 — 10 mgs.
Esteroides	1	500 mgs. I.V. cada 6 horas

Los medicamentos escritos anteriormente, se dosificaron según el tipo de paciente.

Nótese el hecho de que a varios pacientes se les inició tratamiento con antibióticos (Penicilina cristalina y Cloranfenicol

I.V.), antes de ser intervenidos.

El siguiente cuadro describe los distintos tipos de anestesia usados:

ETER:	17 casos
CICLOPROPANO:	5 casos
SURITAL:	6 casos
OXIDO NITROSO:	2 casos
NEUROLEPTOANALGESIA:	1 caso

El más utilizado fue: Anestesia general con éter.

Tiempo Operatorio:

El promedio aritmético del tiempo operatorio fue de 1 hora 27 minutos. La operación más corta tardó 25 minutos y la más larga, 3 horas.

El mayor o menor tiempo empleado estuvo en íntima relación directa con lo complicado de la operación.

Tipo de Operación:

La división en las 30 operaciones planeadas fue así:

29 LAPARATOMIAS EXPLORADORAS
1 APENDICECTOMIA

En esta última operación, se encontró una perforación tífica ya cerrada.

Las 29 Laparatomías exploradoras fueron hechas con incisiones para-medianas infraumbilicales derechas.

El cierre de las perforaciones se hizo principalmente en dos planos, invaginando la perforación con hilos de algodón 120.

En el 92 o/o de los casos se dejaron drenajes de Penrose.

La operación planeada para apendicectomía, fue una incisión tipo McBurney que hubo necesidad de alargar para mejorar la exposición del campo operatorio.

Los récords operatorios existentes, refirieron la presencia de una peritonitis generalizada, con líquido amarillo-verdoso en mediana cantidad y láminas de fibrina sobre los intestinos, lo cual, hacía más difícil la intervención. Se aspiró dicha secreción purulenta y se lavó la cavidad con solución salina (procedimiento hecho en un 80 o/o de los pacientes).

Números de perforaciones y localización:

En el siguiente cuadro (No. XIV) se anotan los principales datos encontrados en relación al número de perforaciones, su tamaño y localización:

NUMERO DE PERFORACIONES	PACIENTES
1	23
2	3
4	1
8	1
Múltiples	1

TAMAÑO DE LAS PERFORACIONES

Menor tamaño:	0.2 cm.
Mayor tamaño	2 cm.
Promedio:	0.8 cm.

LOCALIZACION

Más cercana:	1 perforación en la base del apéndice
Más lejana:	a 90 cms. del ángulo de Treitz
Promedio:	a 26 cms. del ciego

Hay varias papeletas clínicas que únicamente refieren a las perforaciones, como presentes en el ileon terminal, no determinando las distancias.

La frecuencia más alta sobre el número de perforaciones fue: la de una solitaria perforación (23 pacientes).

La distancia promedio del sitio de perforación al ciego (punto de referencia), fue de 26 cms.

Ambos datos están de acuerdo con estudios anteriores que expresan más o menos los mismos resultados.

Solamente llama la atención la perforación intestinal encontrada a 90 cms. del ángulo de Treitz; localización no usual y que posteriormente en informe de Anatomía Patológica fue reportada como proceso inflamatorio no específico.

Tratamiento Post-Operatorio:

Nos limitaremos a presentar los medicamentos usados, cantidad de días prescritos, número de pacientes tratados y las dosis promedio empleadas. Los siguientes datos se obtuvieron de 23 papeletas de pacientes vivos.

Penicilina Cristalina:

Usada en 16 pacientes. Tiempo promedio siete días. Tiempo mínimo 1 día. Tiempo máximo 15 días.

Dosis usual promedio en adultos: 1 a 2 millones de unidades I.V. cada cuatro hrs. por 48 horas. Luego trasladada a intra-muscular.

Penicilina procaina:

Usada en 19 pacientes, tiempo promedio 10 días. Tiempo mínimo 2 días, tiempo máximo 42 días.

Dosis usual promedio en adultos: 800,000 unidades I.M. cada 24 horas.

Cloranfenicol:

Usado en el total de pacientes revisados (23). Tiempo promedio de administración 17 días. Tiempo mínimo: 7 días. Tiempo máximo: 46 días.

La dosis inicial fue por lo general intra-venosa a 1 gm. cada 6 horas por 1 o 2 días. Luego se pasaba a 0.5 gms. I.M. cada 6 horas por más o menos 5 a 10 días. Terminando el resto del tratamiento a 0.5 gms. P.O. cada 6 horas.

Estreptomina

Usada en 12 pacientes a tiempo promedio de 10 días. Tiempo mínimo: 4 días y tiempo máximo: 32 días.

Dosis usual en adultos: 0.5 gms. I.M. cada 24 horas. Salvo un caso en que se administró cada 12 horas, por creer que podría tratarse de un proceso tuberculoso.

Gantrisin:

Usado en 4 pacientes por 27, 15, 10 y 3 días; por complicaciones post-operatorias como fiebre alta por varios días e infecciones de la herida operatoria y exámenes de orina patológicos (2 casos). Dosis promedio 1 gm. P.O. cada 6 horas.

Tetraciclina:

Usada en 4 pacientes por 45, 27, 14 y 10 días. La justificación por la administración prolongada de este medicamento fue la siguiente: Fiebres altas de varios días de evolución, dehiscencia de la herida operatoria y cierre secundario de la misma, e infecciones de la herida operatoria.

La dosis promedio fue de una cápsula de 250 mg. P.O. cada 6 horas.

I.N.H.:

Usado en un paciente por 32 días, secundario a sospecha de proceso BK no comprobado radiológicamente ni por laboratorio. Dosis promedio: 100 mg. P.O. TID.

Otros medicamentos usados en menor cantidad y en forma particular por cada paciente fueron: Complejo "B", Vitamina "C" usado en 3 pacientes. Vitamina "K" en 1 paciente. Tratamiento anti-diarréico por 5 días: 1 paciente. Tratamiento anti-amebiano por 21 días: 1 paciente.

Por regla general el tratamiento específico instituido principalmente en los pacientes con perforación intestinal secundaria a fiebre tifoidea, fue con penicilina cristalina, penicilina procaina, cloranfenicol y estreptomina.

En la actualidad, el cloranfenicol continúa siendo el medicamento más específico para tratar la Fiebre Tifoidea; sin

menospreciar a la penicilina cristalina y penicilinas sintéticas por su poder bactericida a grandes dosis.

En las complicaciones post-operatorias, se prefiere utilizar antibióticos de amplio espectro por las distintas variedades de gérmenes infecciosos que se presentan.

Complicaciones Post-operatorias:

De 23 pacientes estudiados, 13 de ellos padecieron las distintas complicaciones enumeradas a continuación: (Ver cuadro No. 16).

CUADRO No. 16

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Infección herida operatoria:	7 pacientes
Fiebre por un mes:	4 pacientes
D H E:	4 pacientes
Fístulas Ileocutáneas:	3 pacientes
Abscesos de la pared:	3 pacientes
Hipotensión:	3 pacientes
Ulceras de decúbito:	2 pacientes
Diarrea:	2 pacientes
Vómitos:	2 pacientes
Trastornos mentales:	2 pacientes
Infección de la pared:	1 paciente
Intervención por cierre secundario:	1 paciente
Dehiscencia herida:	1 paciente
Eventración visceral:	1 paciente
Bronconeumonía:	1 paciente
Hematoma de la pared:	1 paciente
Melena:	1 paciente
Parálisis tibial:	1 paciente
Petequias:	1 paciente

Constituye lo anterior un alto porcentaje de complicación post-operatoria (56.6 o/o) en contra del 33 o/o referido en la casuística del Hospital Roosevelt.

Los motivos de dichas complicaciones pueden ser los siguientes: Propios de la operación por ser ciento por ciento

séptica. Mala colaboración de los pacientes. Personal de enfermería insuficiente para cuidar a los pacientes. Condiciones sépticas que existen en los servicios hospitalarios. etc.

El resto de complicaciones no infecciosas pueden atribuirse a factores propios de la enfermedad en su evolución post-operatoria.

Evolución de la Fiebre:

Se pensó en analizar este signo para saber el promedio en días que tarda la fiebre alta en disminuir después de la operación.

Los resultados fueron:

1. El promedio de tiempo para bajar a niveles normales (37°) fue de 4.6 días.
2. La disminución más rápida: 1 día (1 paciente) y la más tardada: 9 días (1 paciente).
3. En un caso la temperatura permaneció normal. En 4 pacientes después de permanecer normal subió así: a los 15 días, 9 días, 6 días y 6 días.
4. Coincidiendo los niveles altos de fiebre con complicaciones infecciosas en las heridas operatorias (abscesos de la pared, dehiscencia, infecciones de herida operatoria, etc.)

Tiempo de primera evacuación:

Para tener una idea del tiempo que permanece la motilidad intestinal ausente, se estudió este aspecto, encontrando que:

Tiempo mínimo de primera evacuación: 2 días
 Tiempo máximo de primera evacuación: 7 días
 Promedio: 4 días

Después de 4 días el intestino inicia su peristaltismo normal, dando como consecuencia períodos de diarrea muy comunes.

Estancia Hospitalaria:

Tomando unicamente a los pacientes vivos, el promedio de estancia hospitalaria fue de 29 días, variando así:

Mínimo Tiempo de Hospitalización	6 días
Máximo Tiempo de hospitalización	81 días

El promedio es elevado dado que el número de complicaciones es alto 56 o/o, obligando al paciente a permanecer más tiempo encamado.

Tipo de dieta Post-Operatorio:

Se citarán los promedios aritméticos que resultaron de sumar los días que aparecían en las papeletas y dividiéndolo entre el total de pacientes revisados.

También se describirán las frecuencias más altas que son datos mas valederos que los promedios descritos.

Nada por boca:	Duración en días
21 pacientes	Mínimo: 2 días
	Máximo: 15 días
	Promedio: 5 días
	Frecuencia alta 3 días (8 casos)

Dieta líquida:	Duración en días
20 pacientes	Mínimo 1 día
	Máximo 16 días
	Promedio: 3 días
	Frecuencia alta 1 día con 10 casos.

Esta dieta consistía generalmente en tomar 1 onza de agua o té cada hora por 24 horas.

Dieta blanda:	Duración en días
17 pacientes	Mínimo 1 día
	Máximo 28 días
	Promedio: 6 días
	Frecuencia alta 3 días con 3 casos

El promedio para iniciar la dieta libre: fue de 15 días.

Tiempo mínimo a los 7 días

Tiempo máximo a los 30 días

Frecuencias altas: 7 días y 12 días con 3 casos
cada uno

Obsérvese que si sumamos las frecuencias altas de los pacientes que tuvieron nada p.o. y dieta líquida, nos da (4 días), resultado que se puede relacionar con el promedio en días que tardaron los pacientes para su primera evacuación (4 días)

Relación que puede tomarse como valedera, si vemos que los 3 días de nada por boca, están con la presencia de S.N.G. que ayuda a la aparición del peristaltismo normal. Luego un día, el cuarto, en que se despierta ese reflejo, por el estímulo de la dieta líquida, hace que de como consecuencia la aparición de la motilidad normal.

Reingresos:

Solamente un caso regresó después de habersele diagnosticado enfermedad tífica, un año antes. Se operó encontrando una perforación tífica cerrada. (Se intervino por posible cuadro de apendicitis aguda).

Transfusiones:

Se transfundieron a 14 pacientes vivos, encontrando la justificación en 6 casos por controles post-operatorio de hemoglobina bajos; asociados a complicaciones infecciosas de la herida operatoria y a una melena post-operatoria.

El resto no se logró hallar la causa.

La cantidad mínima transfundida fue de 250 cc y la máxima de 2000 cc.

Anatomía Patológica:

Se mandaron en 6 casos operatorios (unicos reportes encontrados). Los resultados se concretaron a mencionar la presencia de una reacción inflamatoria no específica. Es decir, en ningún caso confirmaron la perforación tífica.

EXAMENES DE LABORATORIO POST-OPERATORIOS:

Se hicieron cinco controles post-operatorios de reacción de Widal encontrando: en dos exámenes que sí disminuyó la dilución respecto a la pre-operatoria. Otro control fue negativo, pero tampoco tenía pre-operatorio. Los dos exámenes restantes tenían diluciones altas, sin controles pre-operatorios.

Por ser pocos los exámenes post-operatorios y variados sus resultados, no podemos concluir en ninguna afirmación.

HEMATOLOGIA:

La hematología post-operatoria dio los siguientes resultados: (Promedios aritméticos).

Hematocrito: 38 o/o

Velocidad de Sedimentación:
44mm/h

Glóbulos Blancos: 6,250
Segmentados: 67

Hemoglobina: 12 gms.
Linfocitos: 27

Al hacer comparaciones con los resultados pre-operatorios, observamos que: el hematocrito disminuyó dos unidades como consecuencia de la baja de hemoglobina en 1 gm. Esta disminución puede ser debida a la pérdida de sangre en el acto operatorio.

La velocidad de sedimentación no varió.

En los recuentos de glóbulos blancos, se halló una pequeña disminución de 70 leucocitos en relación a los controles pre-operatorios (disminución despreciable). En siete pacientes, persistió la leucopenia; el resto, 8 pacientes, tuvieron leucocitosis coincidiendo en su totalidad con los pacientes complicados post-operatoriamente.

La fórmula leucocitaria tuvo sus variaciones; quedándose los segmentados en límites normales y los linfocitos aumentaron como en todo proceso que tiende a la cronicidad, o recuperación.

Los exámenes de orina post-operatorios efectuados fueron 8; siete de ellos anormales y uno en límites normales. Los anormales eran reportados con presencia de leucocitos (7

exámenes), albuminuria (4 exámenes), presencia de hemoglobina (4 exámenes), epitelio (3 exámenes) y cilindros hialinos (2 exámenes).

Seis exámenes pertenecían a pacientes con complicaciones post-operatorias y cuatro de ellos, tenían tratamiento con tetraciclina y sulfas; además del tratamiento específico descrito con anterioridad. Los otros dos exámenes restantes, uno era normal y el otro pertenecía a un paciente sin complicaciones post-operatorias.

Lo anterior confirma lo dicho en el capítulo de tratamiento; que los pacientes complicados con problemas urinarios eran tratados con antibióticos de amplio espectro.

Cinco exámenes post-operatorios de heces, manifestaron presencia de parásitos en cuatro pacientes y un examen normal.

PARASITOS ENCONTRADOS:

Ascaris lumbricoides:	2 casos
Tricocéfalos:	1 caso
Lamblias:	1 caso

Los exámenes de química sanguínea manifestaron niveles altos de urea, 32 mg o/o de promedio y de creatinina, 1.35 mg o/o de promedio. Lo anterior está de acuerdo con el problema renal existente en el paciente post-operado.

Respecto a los exámenes de sodio y potasio, se efectuaron ocho controles post-operatorios. Los resultados promedio son: Sodio: 130 miliequivalentes por litro y el potasio: 4.4 miliequivalentes por litro.

El sodio está por abajo de los límites normales mientras el potasio permaneció en límites normales.

Bien es sabido las variaciones electrolíticas que se suceden después del acto quirúrgico abdominal.

En el inciso titulado "Exámenes Varios", enumeramos los resultados:

TCS:	a dos pacientes	en límites normales
Cultivos de secreciones abdominales:	a cuatro pacientes	Proteus: 3 casos Colibacilo: 1 caso
Coprocultivo:	a un paciente	E. Coli
Heces en fresco:	a un paciente	Amebas (quistes y trofozoitos)

"ANALISIS DE LOS FALLECIDOS"

De los 11 casos de pacientes fallecidos (revisión original), se encontraron 6 papeletas que fueron las estudiadas para tener una idea de que evolución tuvieron.

El análisis no va a ser detallado ya que seis casos no es número significativo y las papeletas estaban incompletas.

Los seis pacientes analizados llegaron al Hospital en pésimo estado general, habiendo necesidad de prepararlos previamente para su intervención de emergencia.

Se administraron líquidos y transfusiones en varios casos.

Por lo avanzado de la Septicemia y la Peritonitis, tres pacientes salieron con shock de sala de operaciones, no respondiendo al tratamiento instalado a base de penicilina cristalina, cloranfenicol, vasopresores y esteroides (dosis ya descritas anteriormente). Murieron en las 24 horas siguientes.

Los otros tres pacientes fallecieron entre el séptimo y doceavo día post-operatorio, pero ninguno de los tres había hecho una evolución satisfactoria. El tratamiento anterior se suplementó con transfusiones, multivitaminas, anabólicos, y en un caso, digital.

Supongo que las causas de muerte en el lapso entre una y dos semanas, son debidas a la formación de nuevas perforaciones intestinales, con nueva Peritonitis sobre agregada al ya mal estado del paciente recién operado. Agota así, sus reservas de

mantenimiento normal y muerte.

También podría ser que estos pacientes al tener entre las complicaciones fístulas entero-cutáneas, están más expuestos a la infección.

Existen complicaciones pulmonares, (neumonías, bronconeumonías, etc.) que pueden llevar al paciente a un cuadro final irreversible. No hay que olvidar que el DHE es capaz de matar químicamente al paciente.

Los exámenes post-operatorios efectuados a tres de los seis pacientes muertos, se encontraban en los mismos límites que los señalados a los pacientes vivos.

EVALUACION POST — MORTEM

Por razones ajenas al personal que labora en el Hospital General, el archivo de la morgue está incompleto; conformándonos con leer dos informes de autopsia que se encontraron de los 11 buscados.

Se inscribirán los hallazgos importantes encontrados, para luego comentarlos.

AUTOPSIA No. 1:

Cadáver con orificios de drenaje abdominal en herida para mediana derecha de 12 cms.

Estómago: Úlceras de stress múltiples.

Intestinos: Abundante material verdusco, fétido, en la luz intestinal. Abundantes placas ulcerosas, especialmente en ileon terminal. También se observan perforaciones suturadas enteras.

Toda la cavidad peritoneal posee proceso inflamatorio agudo.

Orificio de traqueostomía presente.

Pulmones: Aumentados de tamaño, congestionados, con procesos de consolidación neumónica bilateral. A la compresión, salida de abundante líquido espumoso.

Hígado: Friable.

Bazo: Aumentado de tamaño.

Riñones: Congestionados.

Tiroides: Con hematoma secundario a traqueostomía.

DIAGNOSTICOS MACROSCOPICOS DEFINITIVOS:

- 1a) Edema agudo del pulmón.
- 1b) Neumonía multilobar bilateral.
- 1c) Peritonitis aguda secundaria a perforación tífica.
- 1d) Fiebre Tifoidea.
- 2a) Esplenomegalia de etiología a determinar.
- 2b) Post-operatorio de Laparotomía exploradora y cierre de perforaciones.
- 2c) Hematoma peritiroideo.
- 3a) Nódulos coloidales del tiroides.
- 3b) Úlceras por stress.
- 3c) Congestión generalizada.

AUTOPSIA No. 2:

Cadáver de niña en malas condiciones, con herida operatoria de 12 cms. en abdomen. Además presenta una abertura abdominal de 2 cms. donde drena material fecaloideo.

Intestino delgado: Se observan úlceras triangulares, de diámetro perpendicular mayor a la circunferencia intestinal. Dos de ellas perforadas. La anastomosis efectuada se encuentra intacta.

Intestino grueso: Próximo al ciego, área de congestión acentuada, con abundantes granulaciones de color blanquecino.

Resto de vísceras: Normal.

DIAGNOSTICO MACROSCOPICO DEFINITIVO:

- 1a) Estado post-operatorio por perforaciones tíficas.
- 1b) Fiebre tifoidea.
- 1c) Perforación intestinal secundaria a 1a) y 1b).
- 1d) Peritonitis secundaria a 1c).
- 1e) Intestino con múltiples úlceras tíficas.
- 2a) DHE.

Como puede observarse, aparte de las complicaciones propias de la Fiebre Tifoidea están las pulmonares y las electrolíticas, ya mencionadas con anterioridad como causa determinante de muerte.

El problema post-operatorio en la evolución de los pacientes se evidencia en la nueva presentación de múltiples ulceraciones en el tracto gastro-intestinal; unas perforadas, otras no. Se dice nuevas ulceraciones, ya que los cierres operatorios han estado intactos.

CONCLUSIONES

A. Generales

B. En relación a los aspectos evaluados en las historias clínicas.

A. GENERALES:

1. A pesar de las medidas sanitarias efectuadas por los distintos servicios de salud pública para erradicar la fiebre Tifoidea, aun persiste gran incidencia a reportar.
2. La Fiebre Tifoidea continúa causando gran mortalidad en nuestro país y en todo el Continente Americano.
3. Los índices encontrados no son del todo confiables, ya que no toda la gente que ha padecido la enfermedad, se reporta con las autoridades sanitarias respectivas.
4. La complicación de perforación intestinal secundaria a Fiebre Tifoidea, es observada en Guatemala con mucha frecuencia.
5. El porcentaje de mortalidad en los casos complicados es elevado, pero no tanto como se creía.
6. El Hospital trata el caso complicado, pero no se encarga de investigar fuentes de contagio (alimentos en comedores, cantinas, etc.); ni a la persona portadora o enferma que contagió al paciente.
7. No se investiga a la familia ni a los contactos ni se les protege con vacunación y otras medidas complementarias.

B. EN RELACION A LOS ASPECTOS EVALUADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS:

- 1- La mayor incidencia de casos se observó en los meses de junio y Julio (época lluviosa). La menor, en la época fría de Guatemala.

- 2- El sexo masculino fue el más afectado en relación de 4 a 1 respecto al femenino.
- 3- La letalidad fue el 19 o/o en total; habiendo en el sexo femenino más susceptibilidad a morir que el sexo masculino.
- 4- Las dos terceras partes de pacientes con perforación intestinal vivían en zonas populosas y marginales de la ciudad. El otro tercio, se dividió en municipios aledaños a la capital y distintos departamentos de la república.
- 5- Los habitantes solteros están mucho más propensos a adquirir la enfermedad que los habitantes casados.
- 6- La gente de clase social baja que desempeña oficios donde se manipulan alimentos, o se ingieren éstos en condiciones anti-higiénicas, también están expuestas a la contaminación del bacilo tifoso.
- 7- La mayor incidencia por grupos de edad fue la comprendida entre los 11 y 20 años.
- 8- Lo incompleto de las historias clínicas respecto a los distintos datos que ahí se piden, no permite evaluar otros aspectos significativos.
- 9- El grupo social mayormente atacado fue el "ladino" con 98 o/o.
- 10- Es evidente la poca coordinación del personal de los diferentes departamentos que labora en el Hospital General para completar debidamente las historias clínicas.
- 11- Los tres síntomas más comunes que los pacientes manifestaron fueron: dolor abdominal, fiebre alta y cefalea.
- 12- El período de evolución de la enfermedad después del primer síntoma que con más frecuencia se presentó fue: de uno a ocho días.
- 13- Se comprueba la relación existente entre la disminución de la fiebre y la taquicardia, para obtener

- una
curva diagnóstica de posible perforación intestinal.
- 14- Los hallazgos más interesantes por ser más frecuentes en el examen físico fueron: abdomen doloroso, ruidos intestinales ausentes y abdomen en tabla.
 - 15- Existen errores diagnósticos por falta de una serie de exámenes radiológicos y laboratorio, que deberían de hacerse por rutina en todo paciente con sospecha de abdomen agudo.
 - 16- La leucopenia o leucocitosis depende básicamente del grado de peritonitis que tenga el paciente.
 - 17- El porcentaje de diagnósticos correctos (73 o/o) es alto en relación a los encontrados en otros hospitales.
 - 18- Todo paciente que va a ser intervenido de emergencia se prepara previamente a condiciones aceptables de operar.
 - 19- En todos los pacientes estudiados, menos uno, se practicó laparotomía exploradora.
 - 20- El tipo de anestésico mayormente usado fue el éter. Y anestesia: la general.
 - 21- El cierre de la perforación intestinal se efectuó en dos planos con algodón 120 e invaginando. Previo a lo anterior, se limpiaba la cavidad peritoneal con solución salina.
 - 22- El número de perforaciones intestinales encontradas en su mayoría, fue de una perforación. Y la distancia promedio: a 26 cms. del ciego.
 - 23- Los medicamentos de elección hospitalaria para este tipo de complicación tífica fueron: la penicilina cristalina, cloranfenicol y estreptomycinina.
 - 24- Los medicamentos para tratar complicaciones propias de la operación u otras fueron: las tetraciclinas y las sulfas.
 - 25- Constituyen las complicaciones post-operatorias un

alto porcentaje en los pacientes estudiados: dando como consecuencia, el aumento del promedio en días de estancia hospitalaria de cada paciente.

- 26- Si la evolución post-operatoria es satisfactoria, la fiebre alta de ingreso baja entre el 4o. y 5o. día. En igual tiempo se presenta la primera evacuación en estos pacientes.
- 27- El mantenimiento de dieta intra-venosa, sin nada por boca, es en la mayoría de los casos de tres días; dieta líquida: un día, dieta blanda: 3 días. La dieta libre se inicia a la semana.
- 28- Las transfusiones son necesarias para mejorar el estado general del paciente pre y post-operatorio.
- 29- Es mínima la cantidad de exámenes de anatomía patológica que se encontraron.
- 30- Se hicieron pocos controles post-operatorios de reacción de Widal, para evaluar la evolución de los pacientes.
- 31- Los exámenes de hematología post-operatoria variaron así: el hematocrito y la hemoglobina disminuyeron; los globulos blancos disminuyeron (en los pacientes complicados permanecieron altos los controles). La neutrofilia disminuyó y la linfocitosis iba en aumento.
- 32- Los pacientes que fallecieron llegaron en mal estado general al Hospital con un cuadro avanzado de peritonitis.
- 33- Entre las principales causas de muerte están: nuevas perforaciones intestinales, peritonitis secundaria, complicaciones pulmonares, DHE, Septicemia.
- 34- Los archivos de la morgue del hospital no están actualizados desde hace 6 años hasta la fecha.

RECOMENDACIONES:

1. Es recomendable que las autoridades sanitarias del país mejoren los registros de morbilidad para captar los casos de fiebre tifoidea y así llevar a cabo medidas de prevención eficientes.
2. Promover programas de saneamiento y vacunación, de preferencia en las zonas endémicas.
3. Mantener íntimo contacto con los hospitales nacionales, para poder seguir a los contactos familiares o de otro origen de los pacientes hospitalizados.
4. A todo paciente con sospecha de abdomen agudo, hacerle de rutina, exámenes de laboratorio (hematología y reacción de Widal) y una placa radiológica de tórax y otra vacía de abdomen.
5. Al confirmar el diagnóstico de perforación intestinal; iniciar el tratamiento con antibióticos como Penicilina cristalina y Cloranfenicol previo a la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldo Meneim, R.I.. "Surgical managment of perforate typhoid ulcer. International Surgery. (Chicago). 52: 405-407, Noviembre, 1969.
2. Asbby, E.C., Perforation of the ileum. Lancet. 2; 807, Dec. 1967.
3. Behar Alcah , Alberto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea. Revisión de 110 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Julio de 1955. 43 p.
4. Cabrera Valverde, Julio R. Fiebre Tifoidea: estudio clínico y diagnóstico. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Septiembre de 1970. 28 p.
5. Cecil y Loeb, etal. Tratado de medicina interna. Ed. Beeson Mc. Dermott. 8a. ed. México. Editorial Interamericana, 1966. pp. 228-232.
6. Complications and unusual courses run by salmonellosis in children. Arch Hyg. (Berl.) 151 (3/4: 278-291, 1967.
7. Estrada Sanabria, Jacinto. Consideraciones sobre la Fiebre Tifoidea en la ciudad de Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Febrero de 1946. 16 p.
8. Jawets, Ernest. Melnich, Joseph, y Adelberg, Edward. Manual de microbiología médica. 3a. ed. México. El Manual Moderno, 1968. pp. 231-234.
9. Mejicanos Loarca, Catalino Simón Manuel. Consideraciones generales sobre perforación intestinal en Fiebre Tifoidea. (Estudio de 37 casos atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt de Guatemala de 1965 a 1969). Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Octubre de 1970. 26 p.

10. Oficina Sanitaria Panamericana. Control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Informe oficial de la Asociación Americana de la Salud Pública preparado por la Comisión de Control de Enfermedades Transmisibles. Washington, D.C. Octubre de 1965, pp. 141-145 (Publicación científica No. 120).
11. Olinici, N. et al. The incidence of Shigellosis in relation to age, group, sex, season, and methods of investigation. Arch. Immunol. (Bucharest) 16 (459-470, 1968.

Vo.Bo.

Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

Br. Gustavo Adolfo Morales Toledo

Dr. Rolando Imeri
Asesor

Dr. Carlos Waldheim
Revisor

Dr. José Quiñónez A.
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas
Decano