

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIEBRE TIFOIDEA EN GUATEMALA
(Revisión de aspectos clínicos, tratamiento,
complicaciones y letalidad en el
Hospital San Vicente de 1968 a 1972)

TESIS
Presentada a la Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Médicas

de la Universidad de San Carlos

Por

ELFIDO SOLIS ORELLANA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 1974.

PLAN DE TESIS

- L.0- DEDICATORIA
- 2.- INTRODUCCION
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- RESULTADOS
- 6.- COMPLICACIONES
- 7.- DISCUSION
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A pesar del progreso en el tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas, la fiebre tifoidea sigue siendo una causa importante de morbilidad y en diferentes partes del mundo.

Esta entidad se reconoció desde hace mucho tiempo y existen descripciones clínicas, 15 (Willis 1643, Prost 1804) y Anatomopatológicas (Petit, Serres 1811), así como la demostración del agente etiológico en 1880 por Eberth cultivando el bacilo que lleva su nombre de las placas de peyér y ganglios mesentéricos; y en 1883 y 84 Gaffky lo describió microbiológicamente. En 1896 Widal menciona la prueba de aglutinación en pacientes que sufrián la enfermedad, al utilizar antígenos producidos a partir del bacilo de Eberth. En 1900 Schetmuller demostró la presencia de bacteremia cultivando sangre de pacientes enfermos.

En Guatemala en 1771 al 1773 se describió la fiebre abdominal y en 1883 se reportaron 20 casos de fiebre tifoidea (Memoria Estadística del movimiento de diferentes Hospitales en Guatemala), por el gobierno de ese año.

En años posteriores se encuentran trabajos y tesis de graduación, que tratan la fiebre en sus diferentes aspectos, especialmente en lo referente a hallazgos clínicos, tratamiento y complicaciones 2,4,5,6,9,15,16. Llama la atención la marcada diferencia de letalidad, según los diferentes autores.

La fiebre tifoidea es una enfermedad aguda, frecuentemente grave, causada por *Salmonella typhi*, caracterizada por fiebre, cefalea, postración, esplenomegalia leucopenia y es por lo tanto, ejemplo de fiebre intestinal a *Salmonella*.

El cuadro clínico se manifiesta después de 8 a 14 días de incubación 1,11, e incluso hasta 5 semanas, y la enfermedad 4

semanas o más. Se inicia con anorexia, malestar general, cefalea, fiebre remitente la primera semana, epistaxis, tos, sudoración, debilidad; constipación y diarrea después de la primera semana. Generalmente el pulso no corresponde a la temperatura, se presenta esplenomegalia y el cuadro puede ceder con tratamiento adecuado. De la tercera semana en adelante pueden presentarse complicaciones como perforación y hemorragia.

Frecuentemente la puerta de entrada de *Salmonella typhi* es la vía oral y la fuente infecciosa el hombre que padece o padeció la enfermedad, quedando como portadores entéricos 1, 11 que pueden eliminar hasta 1000000 de microorganismos por gramo de materias fecales, o portadores urinarios menos frecuentemente. En la transmisión de la enfermedad juegan un papel importante los portadores que están en contacto con los productos alimenticios, tal es el caso de "María Tifoidea" (Typhoid Mary), quien trasmitió el bacilo a cientos de personas cuando trabajaba en un restaurante de New York. (*)

En la actualidad hay cierta confusión en la epidemiología de esta enfermedad, ya que en lugares con condiciones sanitarias sumamente deficientes, la frecuencia es baja, mientras que las ciudades en periodo de desarrollo, tales como Santiago de Chile y otros la frecuencia es alta. 14 Indudablemente este es el resultado de portadores entéricos no controlados en esas áreas.

El agente causal de la fiebre tifoidea, la *Salmonella typhi*, 12,15 llamada también Eberthela tifosa, es un bacilo gram negativo, no esporulado, flagelado, móvil, que no fermenta la sacarosa, lactosa ni salicina. Forma ácido y gas a partir de glucosa, maltosa, manitol y dextrina, se cultiva en medio *Salmonella Shiguella (S.S' Agar)* y sulfato de bismuto, con los cuales puede diferenciarse este de otros microorganismos del intestino. Es un bacilo resistente al verde brillante, al triatónato y desoxicolato sódico, así como a la congelación. Es capaz de sobrevivir por varias semanas en el agua, hielo y residuos de toda clase.

De los procedimientos diagnósticos más importantes se debe mencionar el hemocultivo y mielocultivo 18,19 que son positivos a partir de la primera semana de enfermedad.

Algunos autores, han aislado *Salmonella typhi* de la médula ósea de pacientes con fiebre tifoidea hasta después de un año de haber sido tratados.

El copro y urocultivos son positivos a partir de la 2a. y 3a. semana y se observa un aumento del título de aglutinación en la prueba de Widal, del décimo día en adelante.

El tratamiento de elección de la fiebre tifoidea lo constituye el Cloranfenicol, así como otros antibióticos tipo ampicilinas, sulphamethoxazole y trimethoprin así como derivados del nitrofurano y furasolidinas. Estudios comparativos muestran que el cloranfenicol ha dado buenos resultados al igual que drogas como sulphamethoxazole Trimethoprim; sin embargo, se han descrito casos de *Salmonella typhi* resistente a Cloranfenicol en de último 3, 7,8,13, años.

(*) Comunicación del Dr. González Camargo, C.

OBJETIVOS

El principal objetivo de este trabajo es complementar los estudios anteriores, actualizar los hallazgos de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, y seguir los pacientes con complicaciones para establecer una letalidad más exacta de esta enfermedad en nuestro medio.

Es nuestro deseo además hacer notar la importancia de seguir a los pacientes al ser egresados, para tener mejor control de portadores y establecer que sector de nuestra población es el más afectado y que relación existe entre los enfermos y los medios de producción y manipulación de alimentos, como factores importantes en el contagio de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el trabajo se revisaron las papeletas de pacientes que fueron tratados por fiebre tifoidea en el aislamiento del Hospital San Vicente desde 1968 a 1972.

Se descartaron todos aquellos casos que no fueron comprobados bacteriologicamente por hemocultivos.

En esta forma se demostró que 178 casos llenaban los requisitos mencionados y los datos obtenidos se tabularon de acuerdo a la edad sexo, procedencia, ocupación, síntomas y signos, condición de egreso y época del año.

En los pacientes que presentaron complicaciones y que fueron trasladados a otros centros, también fueron seguidos para evaluar los datos clínicos y quirúrgicos de su tratamiento final. La letalidad también se analizó en los casos demostrados bacteriologicamente.

RESULTADOS

TABLA No. 1.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD

Grupo de edad	No. de casos	Porcentaje
11 a 20	84	47.1
21 a 30	57	32.0
31 a 40	20	11.2
41 a 50	4	2.2
51 a 60	3	1.5
61 y más	3	1.5

En la revisión de 178 casos se encontraron que las personas afectadas, estuvieron comprendidas entre 11 y 30 años de edad, como se vé en la tabla No. 1. Es interesante que la segunda década de la vida sea la más afectada, le sigue la tercera, esto coincide con estudios de otros países, después de esta edad, se vé marcado decrecimiento, hasta encontrar en toda la revisión un sólo caso que padeció la enfermedad a los 74 años de edad.

TABLA No. 2.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO SEGUN GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	%	No. de casos	%
11 a 20	44	24.7	35	19.6
21 a 30	33	18.5	26	14.6
31 a 40	13	7.3	10	5.6
41 a 50	2	1.1	2	1.1
51 a 60	2	1.1	4	2.2
61 y más	2	1.1	1	0.5

Este cuadro nos deja ver, que el sexo masculino es el más afectado por la enfermedad y si se relaciona al cuadro anterior (No. 1), vemos que nuestra población joven masculina es la más afectada.

TABLA No. 3.
PROCEDENCIA

Deptos y/o Mpio.	No. de casos	Porcentaje
Ciudad capital	57	32.0
Palencia-Guatemala	43	24.1
Santa Rosa	8	4.4
Escuintla	6	3.3
San Juan Sacatepéquez-Guat.		
El Progreso, Chimaltenango.	5	2.8
Suchitepéquez, Salamá		
San. Pedro Ayampuc-Guat.	4	2.2
Villa Nueva-Guat. Canalitos-Guat.		
Jutiapa	3	1.5
Chuarrancho-Guat., Sta. Catarina		
Pinula-Guat., Mixco-Guat, San.		
Raymundo-Guat., Chinatla-Guat.		
San. Vicente Pacaya-Guat. Pto. Barrios		
El Quiché, San. Marcos, Totonicapán,		
Retalhuleu, Pto. San Jose-Escuintla,		
Jalapa.	1	0.5

La tabla anterior nos revela claramente, que en la revisión la ciudad capital envia más casos al Hospital San Vicente, y en segundo lugar el municipio de Palencia, ellos hacen un total de 56.1o/o del total de casos también hemos agrupado municipios y departamentos que sólo tienen pocos casos y que coinciden en número.

TABLA No. 4.
OCCUPACION

Ocupación	No. de casos	Porcentaje
Domésticos	80	44.9
Agricultor	50	28.0
Estudiante	14	7.8
Varios	14	7.8
Chofer	7	3.9
Panificador	6	3.3
Mecánico y Albañil	4	2.2
Comerciante	3	1.5

El 72.9o/o de pacientes tienen relación directa con productos alimenticios sea en su producción o en su manipulación en el hogar, esto obliga a detectar y controlar los casos de portadores; un número reducido de pacientes comprende; ayudantes de camión y vendedores ambulantes, destasadores, etc., es interesante además encontrar panificadores que padecieron esta enfermedad.

TABLA No. 5.
SINTOMATOLOGIA

Sintomas	No. de casos	Porcentajes
Cefalca	150	84.2
Anorexia	113	63.4
Diarrea	109	61.2
Calofrios	91	51.1
Nausea	90	50.5
Vómitos y Sed	52	29.2
Dolor Generalizado	47	26.4
Insomnio	43	24.1
Epistaxis	25	14.0
Sudoración	23	12.9
Mialgias y constipación	11	6.1
Dolor toráxico, adinamia y Entererorragias	9	5.0
Raquialgias y dolor de Garganta	7	3.9
Coriza	2	1.1

El cuadro nos muestra que más del 60% de los casos revisados padecen síntomas tales como cefalca, anorexia y diarrea, los demás síntomas son importantes, pero menos constantes. La cefalea puede ser universal u occipital y la anorexia puede ser hipoxia en algunos casos.

TABLA No. 6.
SIGNOS

Signos	No. de casos	Porcentaje
Fiebre	176	98.8
Bazo Percutible o palpable	94	52.8
Dolor abdominal	84	47.1
Manchas Rosadas	49	27.5
Deshidratación y hepatomegalia	11	6.1
Obnubillación	9	5.0
Defensa abdominal y estupor	7	3.9
Petequias y desorientación	4	2.2
Delirio y Miocarditis	3	1.5
Incoherencia	2	1.1

En los casos demostrados bacteriologicamente la fibre constituyó un signo muy importante y frecuente (98.8%). En 94 casos se demostró esplenomegalia y las manchas rosadas en toráx y abdomen en 49 casos (27.5%). Es preciso aclarar que la deshidratación anotada corresponde a los casos en grado severo, que recibieron tratamientos como tal con soluciones adecuadas.

TABLA No. 7.
TEMPERATURA

Grados	No. de casos	Porcentaje
centígrados		
Menos de 37	38	21.3
37.1 a 38	60	33.4
38.1 a 39	36	20.2
39.1 a 40	34	19.1
40.1 a y más	7	3.9

Un análisis de la temperatura tomada el primer día de hospitalización como se indica en la tabla 7 muestra que la

mayoría de pacientes presentaron temperatura entre 37.1 y 38 grados centígrados o menos (54.7%) y arriba de 40 g.c. encontramos 7 casos únicamente (3.9%).

TABLA No. 8.
PULSO RADIAL

Pulso X minuto	No de casos	Porcentaje
60 a 80	36	20.2
81 a 100	75	42.1
101 a 120	61	34.1
121 a 140	17	9.5
141 y más	3	1.5

Se encontró que más del 40% de los pacientes, presentaron frecuencia del pulso entre 81 y 100 por minuto; en tres enfermos se encontró taquicardia mayor de 141 por minuto. Fuera de estos hallazgos no hubo taquicardias severas, a pesar de las fiebres anotadas en el cuadro anterior (7).

TABLA No. 9.
PRESIÓN ARTERIAL

Presión sistólica	No de casos	Porcentaje
menos de 60	6	3.3
61 a 80	21	11.7
81 a 100	80	44.9
101 a 120	60	33.7
121 a 140	11	6.1

Se tomó sólo la presión sistólica por ser esta más significativa de hipotensión, y se encontraron 6 casos con menos de 60 mm de Hg. Pero la mayoría de pacientes se agruparon entre 81 y 100 mm de Hg. No se observaron hipertensiones por arriba de 140 mm de Hg.

COMPLICACIONES

En este apartado presentaremos las complicaciones más frecuentes, que para el caso son las perforaciones y enterorragias, teniendo aquí los datos tanto del Hospital San Vicente como de los centros a donde fueron referidos al sospecharse la susodicha complicación.

De los 178 pacientes incluidos en este estudio (tabla 10) 16 pacientes (8.9%) presentaron complicaciones, de los cuales 4 consistieron en enterorragias, 2 de ellos con síntomas y signos sugestivos de abdomen agudo, que requirieron su traslado para tratamiento quirúrgico; y se incluyen además en el grupo de pacientes con perforación intestinal. Dos pacientes fueron tratados medicamente sin sobrevivencia. 12 pacientes (6.7%) presentaron síntomas y signos sugestivos de perforación intestinal, dos de ellos con enterorragias además y requirieron ser trasladados a un centro quirúrgico. Debido a perdida del expediente se analizan únicamente 13 enfermos de este grupo con complicaciones.

TABLA No. 10.
COMPLICACIONES, SU TRATAMIENTO Y RESULTADOS

No. casos	edad	sexo	complicación	Tratamiento	T. Hospital	Resultados
1	13	M	Perforación	Quirúrgico	30 días	Fallecido
2	15	M	Perforación	Quirúrgico	1 días	Fallecido
3	16	M	Abdomen Agudo	Médico	7 días	Fallecido
4	18	M	Enterorragia	Médico	2 días	Fallecido
5	23	M	Abdomen Agudo	Médico	3 días	Fallecido
6	23	M	Perforación	Quirúrgico	4 días	Fallecido
7	23	M	Enterorragias	Médico	4 días	Fallecido
8	24	F.	Se ignora	Quirúrgico	3 días	Fallecido
9	24	F.	Abdomen Agudo	Quirúrgico	34 días	Fallecido
10	26	F.	Enterorragia	Quirúrgico	17 días	Curada
11	30	M	Abdomen Agudo	Quirúrgico	18 días	Curado
12	36	M	Perforación	Médico	8 días	Fallecido
13	67	M	Enterorragia	Médico	4 días	Fallecido
			Ins. Cardiaca			
			Aguda			

TABLA No. 11.
SINTOMATOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES

Sintomas	No. de casos	Porcentaje
Nausea y vómitos	10	76.8
Dolor abdominal	8	61.5
Diarrea y Melena	7	53.7
Epistaxis	6	46.1
Calofrio	5	38.4

En cuanto a los síntomas de los pacientes que sufrieron complicación se observa que la nausea y los vómitos fueron los más frecuentes, siguiéndole el dolor abdominal y la diarrea, calofrio y epistaxis fueron los menos observados.

TABLA No. 12.
SIGNOS DE LAS COMPLICACIONES

Signos	No. de casos	Porcentaje
Ruidos intestinales escasos o abolidos	10	76.9
Esplenomegalia y distención abdominal	9	69.2
Deshidratación y fiebre	6	46.1
Hipotención arterial y Palidez	5	38.4

Entre los signos observados en esta tabla 12, vemos que los ruidos intestinales ausentes o marcadamente disminuidos, es lo más frecuente, luego encontramos la distención abdominal y la esplenomegalia, teniendo la menor frecuencia la hipotención arterial y la palidéz.

De los 9 pacientes que presentaron complicaciones y fueron trasladados a otros centros para tratamiento quirúrgico (tabla 13); 6 correspondieron al sexo masculino y 3 mujeres. A todos menos 3 pacientes se les practicó laparatomia exploradora; de los 6 hombres, 4 fueron intervenidos en laparatomia los restantes no fueron sometidos al procedimiento; de las mujeres (3) todas fueron intervenidas.

Hombres con perforación típica cerca de la válvula ileocecal, resultados uno curado y tres fallecidos. Mujeres con perforación típica cerca de la válvula ileocecal, resultados una curada, a las otras no se les demostró perforación. También en la tabla 13 se aprecia que entre los hallazgos quirúrgicos y el tipo de cirugía, encontramos que a 3 se les efectuo incisión transversa infraumbilical y al resto fue mediana infraumbilical, dos de ellos presentaron líquido purulento en la cavidad peritoneal, uno tenía el colon izquierdo necrosado efectuandosele hemicolectomía izquierda y colostomía transversa derecha, a los 4 restantes se les efectuo cierre primario de perforación con material inadsorbible y a tres se les reforzó con parche de epiplón libre, dejando en todos los casos drenajes al exterior.

De los 7 pacientes intervenidos quirúrgicamente, con datos para su análisis, sobrevivieron únicamente un paciente de cada sexo, de 30 y 26 años respectivamente. Los 5 pacientes restantes fallecieron, la necropsia de uno reveló peritonitis generalizada purulenta, otro en shock séptico, del resto no está descrita la causa de muerte.

Dos de los 9 pacientes que no fueron operados, tambien murieron debido a su estado nutricional, desvalance hidroelectrólítico, y el cuadro tóxico que presentaban, que no permitió fueran operados, durante sus 3 y 7 días de hospitalización respectivamente.

**TABLA No. 13.
COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO**

No. casos	edad	sexo	Complicación	Tratamiento	Resultados
1	13	M	Perforación en ileon terminal	Laparotomia exploradora, 800cc líquidos, 1000cc sangre, Cloranfenicol y Ampicilina	Fallecido
2	15	M	Perforación en ileon terminal	Laparotomia exploradora 4000cc líquidos, Cloranfenicol	Fallecido
3	16	M	Abdomen Agudo	5600cc líquidos, Colapso pulmonar der. Cloranfenicol, Ampicilina, Vit. K	Fallecido
4	18	M	Abdomen Agudo	14000cc líquidos, Ampicilina y Cloranfenicol	Fallecido
5	23	M	Perforación en ileon terminal y enterorragia	Laparotomia Exploradora 10000cc líquidos, Cloranfenicol.	Fallecido
6	24	F	Abdomen Agudo t Enterorragia	Laparotomia Exploradora 5000cc líquidos, Ampicilina y Kanamicina intraperitoneal.	Fallecido
7	24	F	Abdomen Agudo	Laparotomia Exploradora Hemicolectomía Izq. y Colostomía der. Transversa 4000cc líquidos, 1500cc sangre, Cloranfenicol	Fallecida
8	26	F	Perforación en ileon terminal	Laparotomia Exploradora 7000cc líquidos, Cloranfenicol.	Curada
9	30	M	Perforación en ileon terminal	Laparotomia Exploradora líquidos 17000cc. An. picilina	Curado

La letalidad en los pacientes que presentaron complicaciones fue de 84.60/o (13 pacientes) de los cuales 9 (69.20/o) correspondieron al sexo masculino y 2 (15.30/o) al sexo femenino.

DISCUSION

De acuerdo a la presente revisión, se observó que de los pacientes atendidos en el Aislamiento del Hospital San Vicente con diagnóstico comprobado bacteriológicamente de fiebre tifoidea, un tercio (320/o) proviene de la ciudad capital y en esta región habitan en las zonas 5, 6, 7 y 19.

Se observa además un porcentaje semejante (24.10/o) de pacientes provenientes del municipio de Palencia y el resto con porcentajes bajos de otros municipios del departamento de Guatemala, Escuintla, Santa Rosa y Suchitepéquez.

Estos datos indudablemente son más bajos de los reales, ya que se han excluido otros pacientes con diagnóstico clínico de Fiebre Tifoidea, cuyo diagnóstico no es establecido bacteriológicamente.

Entre los factores que no permitieron la demostración del agente etiológico puede considerarse una automedicación que aunque no suficiente para tratar la enfermedad, inhibió o no permitió resultados positivos de los hemocultivos, que ordinariamente se practican en esta institución. Esto obliga a que se practiquen hemocultivos múltiples antes de iniciar el tratamiento específico, y si las condiciones del paciente lo permiten, durante 2 días consecutivos ya hospitalizados, o asociar las muestras de sangre con cultivos de médula o sea 16, 18, 19 que ha dado mejores resultados en otros países semejantes al nuestro.

En cuanto a la tipificación serológica de las Salmonellas aisladas durante el periodo 1968-72, no hay datos para establecer los diferentes serotipos; será necesario en el futuro complementar el diagnóstico bacteriológico corriente con pruebas serológicas, ya que son otros estudios 10, 14 de fiebre tifoidea y paratifoidea el 830/o de germen aislados correspondieron a *Salmonella Typhi* y 170/o a los *paratyphi A* y *B* con ligero predominio de esta última.

El análisis de los resultados en lo que se refiere a grupos de edad y sexo muestran una incidencia de la enfermedad en las tres primeras décadas de la vida y en este mismo grupo de edades, existe un predominio en el sexo masculino 15. Estos hallazgos tienen gran repercusión del punto de vista socioeconómico, ya que se presenta en los grupos productivos de adultos guatemaltecos.

En cuanto a la ocupación de los pacientes incluidos en este estudio el 45% pertenecen al grupo de oficios demésticos y 28.7% a agricultores quienes están intimamente vinculados con la producción y manipulación de alimentos. Por las malas condiciones higiénicas generales del país principalmente la primitiva deposición de excretas, así como la falta de control de los portadores, estos grupos constituyen indudablemente el reservorio de *Salmonella typhi* en Guatemala.

Los resultados del cuadro clínico no difieren grandemente de otros trabajos nacionales y extranjeros, pero la diarrea es mucho más frecuente en nuestro medio en comparación al porcentaje de este síntoma encontrado en estudios experimentales de fiebre tifoidea.

De los 178 casos estudiados el 8.9% presentaron complicaciones, en su mayoría con perforación con o sin enterorragias, con una letalidad del 84.6%. Esta baja recuperación de los casos complicados puede explicarse en parte a que los pacientes son trasladados del aislamiento del Hospital San Vicente a otro centro con servicio quirúrgico adecuado y este periodo no permite una atención médica continua, desde el momento en que se sospecha la complicación al tiempo de la corrección quirúrgica. En estudios realizados en otras áreas se ha encontrado un mejor pronóstico para los pacientes con perforación de visceras huecas por salmonellosis, 20 cuando se hace una preparación médica adecuada antes del acto quirúrgico, evitando llevar a sala de operaciones aquellos pacientes que no tengan estabilizados sus signos vitales, así como un flujo urinario satisfactorio, por medio de administración adecuada de líquidos endovenosos y antibióticos, que obligan a llevar un control más

cercano del enfermo, ya que la causa fundamental de muerte de estos pacientes lo constituye el choque endotóxico, así como complicaciones postoperatorias del tipo de infección de herida quirúrgica, abscesos recidivales abdominales, oclusión intestinal, dehiscencia de sutura intestinal, así como complicaciones infecciosas pulmonares y diátesis hemorrágicas, las cuales obligan nuevamente a proporcionar un cuidado postoperatorio estricto siguiendo los mismos parámetros utilizados antes de la intervención quirúrgica.

En los pacientes incluidos en esta revisión, que no presentaron complicaciones de tipo quirúrgico el uso de cloranfenicol fué satisfactorio, sin embargo con la emergencia de cepas de *Salmonella typhi* resistentes 7, 8, 13, a esta droga observados en otros países, es necesario mantener este dato en mente, determinar la susceptibilidad antibiótica de los gérmenes aislados y sustituir el tratamiento por ampicilina o Sulphamethoxazole-Trimethoprim en los casos en que se demuestre resistencia al cloranfenicol y/o respuesta clínica inadecuada.

CONCLUSIONES

- 1.- La Fiebre Tifoidea sigue siendo causa de Morbilidad y letalidad importantes en el mundo y principalmente en los países en desarrollo.
- 2.- La literatura revisada y nuestro trabajo demuestran que es importante tener mejor control de portadores, y proteger adecuadamente a nuestros adultos jóvenes por ser los más afectados por la enfermedad, teniendo en cuenta la resistencia del bacilo a la terapia usada corrientemente.
- 3.- De acuerdo a este y otros trabajos es necesario mantener al paciente con complicaciones con atención continua y en buenas condiciones estables para obtener buenos resultados al someterlos a cirugía.
- 4.- Es necesario en virtud de la automedicación asociar los hemocultivos con mielocultivos para obtener datos fiables de bacteriología y efectuar pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos, con el objeto de detectar precocemente la emergencia de cepas resistentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beeson, Paúl B. and Walsh Mcdermont. Tratado de medicina interna de Cecil-Loob. Trad. por Alberto Folch. 12 ed. Mexico, Interamericana, 1967. pp 222-229.
- 2.- Behar Alcahé, Alberto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1955, 52 p.
3. - Brodie, J. et al. Effect of trimethoprim-sulphamethoxazole in typhoid and salmonella carriers. Brit. Med. J. 3 (5718): 318-19, 8 August. 1970.
- 4.- Cabrera, M.A. Contribución al estudio de la cloromicetina en la fiebre tifoidea. Guatemala, Tip. Sanchez y de Guise, 1949. 16 p.
- 5.- Cabrera, M. A. Estudio clínico y diagnóstico de fiebre tifoidea. Juventud Médica (Guatemala) 3, (13): 7-9 En, Feb. 1964.
- 6.- Cabrera Valverde, Julio Rafaél. fiebre tifoidea estudio clínico y diagnóstico. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. 31 p.
- 7.- Calden, J. F. Cloranfenicol resistance. Brit. Med. J. 3 (4315): 34-47, 9 Sep, 72.
- 8.- Chandra, R. K. et al. Cloranphenicol resistant enteric fever with hematological complication in a chid. Indian J. Pediat. 32 (4): 313-315, Oct., 1965.

- 9.- Estrada Sanabria, Jacinto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1950. 22 p.
- 10.- Fever comparative analysis of cases upon hospital admisión. Rev. Chile Pediat. 37 (3): 213-215, 20 apr. 1966.
- 11.- Harrison, T. R. Medicina Interna. 3 ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1965 pp 936-942.
- 12.- Jawetz, Ernest, Joseph L. Melnick y Edward A. Adelberg. Manual de microbiología médica. Trad. por Amado Gonzalez Mendoza y J. M. Gutiérrez Vazquez. 3 ed. México, El Manual Moderno, 1968. pp 231-234.
- 13.- Massod, Anward. Drugs for typhoid fever. Lancet 2 (7634): 1365, 20 Dec. 1969.
- 14.- Mejicanos Loarca, Catalino S. M. Consideraciones generales sobre perforación intestinal en fiebre tifoidea (estudio de 37 casos atendidos en el Depto. Cirugía del Hospital Roosevelt de Guatemala 1965-1969). Tesis. (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. 29 p.
- 15.- Merill, J. Snider, et al. Trimethoprim-sulphamethoxazole in the treatment of typhoid and paratyphoid fevers. The Journal of Infectious Diseases, 128 (supplement): 734-737, November 1973.
- 16.- Molina Nuyens, Victor Manuel. El diagnóstico exacto de la fiebre tifoidea es bacteriológico. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1959. 48 p.

- 17.- Robbins, Stanley L. Tratado de patología. 2 ed. México, Ed. Interamericana, 1963. pp 280-284.
- 18.- Schlok, et al. Myelocultivo in the diagnosis of typhoid and paratyphoid. Lancet 3 (7754): 1234, 20 July 1968.
- 19.- Tercero, Mauro. El mielocultivo por punción iliaca en diagnóstico de fiebre tifoidea. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1949. 200 pp
- 20.- Vargas, Miguel y Alberto Peña. Mejor pronóstico para los pacientes con perforación de viscosa hueca por salmonelosis. Boletín Médico del Hospital Infantil, México. 30 (6): 1019-1025, Nov-Dic. 1973.

Vo.Bo. Aura Estela Singer
Bibliotecaria

Br. ELFIDO SOLIS ORELLANA

Dr. MARCISO A. LOPEZ G.
Asesor

Dr. CESAR L. GONZALEZ C.
Revisor

Dr. JULIO DE LEON M
Director de Fase III.

Dr. FRANCISCO SAENZ BRAN
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO
Decano