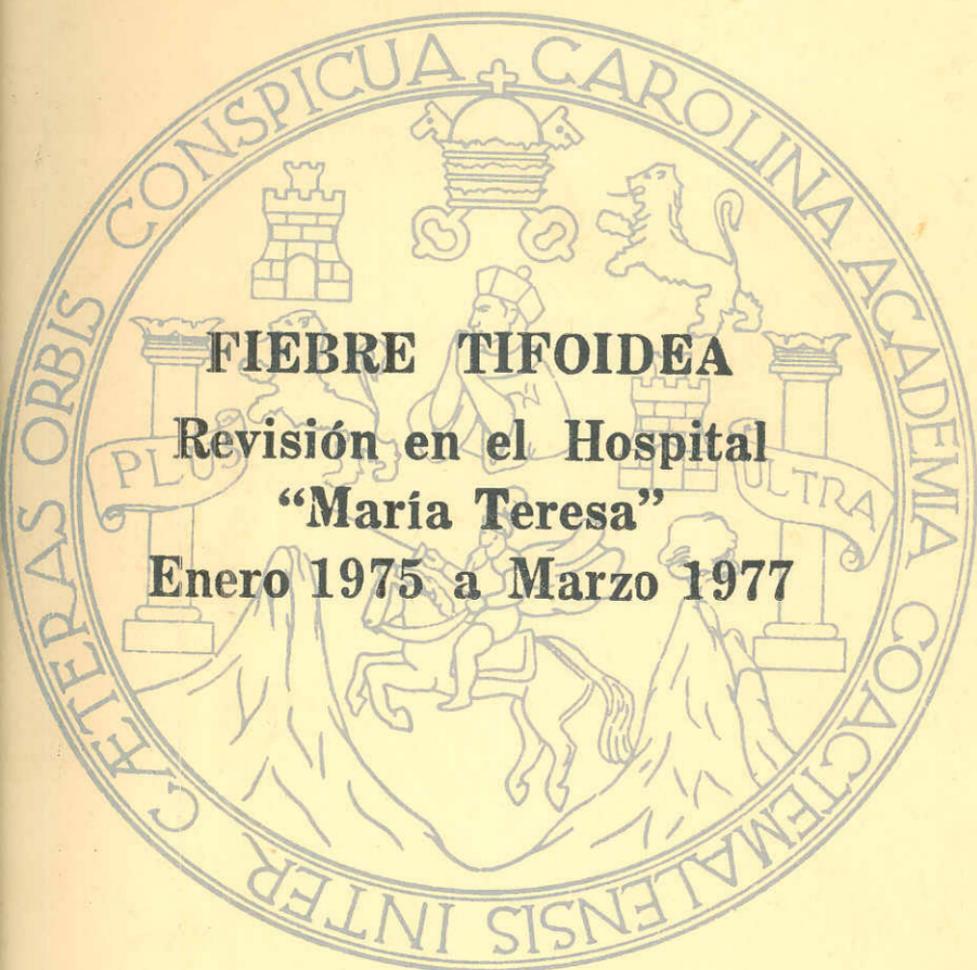


*Universidad de  
San Carlos de Guatemala*



*Mario Enrique Quiroga Dóroz*

PLAN DE TESIS

- INTRODUCCION :..... 1
- OBJETIVOS ..... 2
- JUSTIFICACION ..... 3
- MATERIAL Y METODOS ..... 4
- GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD ..... 5
  - 5.1 Definición
  - 5.2 Historia
  - 5.3 Bases para diagnóstico
  - 5.4 Consideraciones Generales
  - 5.5 Datos Clínicos
  - 5.6 Datos de Laboratorio
  - 5.7 Diagnóstico Diferencial
  - 5.8 Complicaciones
  - 5.9 Profilaxis
  - 5.10 Tratamiento
  - 5.11 Pronóstico
- RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION..... 13
  - 6.1 Sexo
  - 6.2 Edad
  - 6.3 Procedencia
  - 6.4 Tiempo de Hospitalización
  - 6.5 Síntomas
  - 6.6 Signos
  - 6.7 Diagnóstico
  - 6.8 Tratamiento
  - 6.9 Complicaciones
  - 6.10 Condiciones de Egreso
- CONCLUSIONES ..... 21
- RECOMENDACIONES ..... 22

## INTRODUCCION

Tengo el criterio que la FIEBRE TIFOIDEA es una de enfermedades infecto-contagiosas más graves y frecuentes en nuestro medio, lo que justifica haber tomado dicho tema como trabajo de tesis.

Se puede en ésta forma contribuir a conocer en mejor forma esta enfermedad que a pesar del tratamiento específico con varias drogas; de las pocas medidas sanitarias tomadas; de escasas medidas de vacunación; sigue y seguirá siendo una enfermedad temida por su elevada morbilidad y mortalidad.

El siguiente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Infantil María Teresa, siendo ésta publicación el resultado de una revisión ordenada de los casos que en dicho hospital han presentado para luego discutir dicha información en el criterio por sacar conclusiones que signifiquen una ayuda para el mejor conocimiento de nuestra patología.

## OBJETIVOS

- 1.- Hacer una comparación con la literatura clásica y la patología que en nuestro medio se presenta.
- 2.- Llegar a establecer hasta donde sea posible la confiabilidad del diagnóstico y el tratamiento administrado en los casos revisados.
- 3.- Hacer conciencia en cuanto a mejoras en los métodos diagnósticos utilizados.
- 4.- Contribuir con el personal médico que labora en dicho centro a conocer mediante éste estudio lo que se ha hecho y lo que podría hacerse para un mejor control.
- 5.- Hacer conciencia con las autoridades encargadas de medidas sanitarias y vacunación para que mediante campañas de éste tipo se haga algo en contra de ésta enfermedad.

## JUSTIFICACIONES

La inquietud que tuve al efectuar esta investigación que los médicos continuamente se quejan de las transformaciones a que está sometido el ejercicio de la medicina, la práctica médica y encontrándose el estudiante de medicina alejado, poco identificado con el actual criterio de higiene y salud, que considera poco interesante para su formación el transcurso de su práctica, cuando precisamente le debe dar las bases culturales para la comprensión del enfermo, iniciar con ello una verdadera Medicina Preventiva.

Con éste nuevo cambio y la nueva orientación, el Médico generalmente dará cada vez más importancia a la Medicina Preventiva y esta faceta de su quehacer médico se le presentará no como algo teórico, nebuloso, inalcanzable y poco práctico sino como una misión que cumplir haciendo posible la valoración de los factores de riesgo, no sólo enfocada a las dolencias, sino como un mayor enfoque en el ambiente.

## MATERIAL

- Papeletas con diagnóstico de FIEBRE TIFOIDEA.
- Libro de egresos del Hospital Infantil "María Teresa".
- Archivo del Hospital.
- Secretaría del centro antes mencionado.

## METODOS

- Localización del número de papeleta con diagnóstico de FIEBRE TIFOIDEA en el libro de egresos.
- En base al número, localizar en los archivos la papeleta correspondiente.
- Analizar los datos que se han tomado como importantes en la realización del presente trabajo.
- Se tomaron valores de Widal registrados, son los presentados por el paciente a su ingreso.
- Tratamiento de los resultados y análisis de los mismos en números y porcentajes.

.1 DEFINICION

La fiebre tifoidea es una enfermedad febril aguda generalizada provocada por el bacilo tifoídico (*Salmonella Typhosa*). Aunque la puerta de entrada es el tubo gastrointestinal, varios rasgos esenciales de la enfermedad dependen de la aparición precoz de la bacteriemia.

.2 HISTORIA (4, 10, 11)

Las lesiones intestinales fueron descritas por BRETONNEAU en 1820. LOUIS (1829) identificó la enfermedad y la calificó de fiebre Typhoide por el estupor que era capaz de causar. Uno de sus discípulos Gerhard, observó una epidemia de tifoidea y otra de tifus en Filadelfia en 1837 y proporcionó una clara diferenciación clínica de las dos enfermedades. BORDÉ (1873), otro discípulo de Louis, fue quien recalcó la importancia de las heces como manantial del agente infeccioso y descubrió el peligro que ofrecían las excretas del convalesciente, así como la significación de la agua y la leche en la difusión de la enfermedad.

En 1880 EBERTH descubrió el agente causal y WIDAL (1888) la reacción de aglutinación.

RUSSELL (1909) empleó vacuna para la profilaxis de la tifoidea en el ejército de los Estados Unidos.

Otro "hito" de la historia de ésta enfermedad es el descubrimiento por D'HERELLE (1930) del bacteriófago y KOUFMAN, FELIX y PITT (1934-1936) demuestran la existencia de un antígeno Vi o de la virulencia.

tos y finalmente diarrea de color verde o constipación.

- 5.3.2 Elevación lenta (en escalera) de la fiebre, hasta un máximo y luego descenso lento a lo normal.
- 5.3.3 Manchas rosadas, bradicardia relativa, esplenomegalia, distensión abdominal e hiperestesia.
- 5.3.4 Leucopenia; cultivos positivos en heces, sangre y orina.
- 5.3.5 Títulos específicos de aglutinación (Widal) elevados o ascendentes.

#### 5.4 CONSIDERACIONES GENERALES

La fiebre tifoidea es causada por *Salmonella Typhi*, bacilo gramnegativo, no esporulado, de longitud variante y que crece fácilmente en cultivos ordinarios, pero no fermenta la lactosa, sacarosa ni la salicina; forma ácido y generalmente gas a partir de glucosa, maltosa, manitol y dextrina, siendo además resistente a la congelación en agua y a varios agentes químicos, penetrando en el cuerpo por el aparato gastro-intestinal y teniendo como huesped al hombre; la infección se transmite por contaminación humana del agua, leche, alimentos y otros artículos de uso diario, aunque la contaminación suele depender de casos clínicos activos, son reservorios mucho más importantes de la enfermedad, los portadores que se han restablecido de infección clínica, pero siguen albergando bacterias, sobre todo en las vías biliares, siendo particularmente peligrosos cuando su trabajo consiste en cocinar o manejar alimentos. (8)

Se acepta que muchos micro-organismos ingeridos se destruyen en el estómago, pero cuando la dosis infectante es grande, algunas llegan al intestino delgado, donde son fagocitados por el tejido linfoide de la mucosa, principalmente en el ileón.

Durante el período de incubación, los microorganismos se multiplican rápidamente en los sitios de localiza

ción y son los causantes de la infección secundaria de la corriente sanguínea. Se ha dicho que el inicio de la segunda fase representa el verdadero comienzo de la enfermedad.

Los síntomas generales, tales como fiebre, malestar y cefalea, son provocados por la acción de toxinas. Las embolias bacterianas en los capilares de la piel son la causa de los característicos elementos cutáneos de roséola. La esplenomegalia viene provocada por la congestión de la pulpa esplénica por gran acumulación de hematies y por hiperplasia endotelial. La ulceración del intestino explica en gran parte los síntomas intestinales. La leucopenia proviene de la acción de toxinas sobre la médula osea y de su bloqueo por el gran número de células endoteliales fagocitarias. (14)

Es una enfermedad prevenible y no existe en grado importante en donde prevalezcan rígidas normas sanitarias; se registra prácticamente en todas las partes del mundo, observándose con mayor frecuencia en zonas templadas a fines de verano y en los primeros meses de invierno. Es típicamente de la niñez y de los adultos jóvenes, con máxima frecuencia entre 15-30 años de edad refiriendo ser rara en la primera infancia.

#### 5.5 DATOS CLINICOS (7, 11, 14)

Las manifestaciones clínicas que surgen de estos cambios anatómicos, varían mucho en distintos casos y dependen por completo de la gravedad de la invasión, la virulencia del microorganismo y la resistencia del huésped. Algunos casos son muy benignos y solo presentan ataque linfoide mínimo sin los caracteres peligrosos de úlcera de la pared intestinal y aumento de volumen del bazo, presentando una enfermedad febril breve que cede espontáneamente con tratamiento o sin él. En otros casos la enfermedad sigue la evolución clásica que se divide en tres fases, siendo el período de incubación de 1 a 3 semanas, más corrientemente entre 12 - 14 días.

1) PRODROMO: Durante este período se produce la inva

sión, el enfermo gradualmente empieza a sentirse mal. Son frecuentes: malestar general, cefalea, tos, adoloramiento generalizado, epistoxis. Frecuentemente existen síntomas referibles al aparato digestivo, como son dolor abdominal, vómitos, constipación o diarrea. Durante este período, la fiebre va en ascenso de manera escalonada, en la que el máximo de temperatura del día es ligeramente mayor que la del día precedente, siendo mayor en la noche que en la mañana.

2) FASTIGIO O PERIODO DE ESTADO: La pirexia después de 7-10 días es de tipo continuo, presenta variaciones menores de 1.1 C durante el día y el paciente se siente muy mal, el pulso blando dicrótico, a veces bradicardia relativa; se presenta la roseola que es un exantema cutáneo característico que se describe como "Manchas Rosadas". Las lesiones suelen presentarse en la parte inferior de la cara anterior del torax y la superior del abdomen, como máculas rojas de 1 a 5 mm. de diámetro que palidecen por la presión. La hepatoesplenomegalia manifiesta el ataque inflamatorio de estos órganos. Los casos graves entran en lo que se llama estado tifoídico en el que el enfermo permanece inmóvil, sin responder, con los ojos semicerrados y pos

3) DEFERVESCENCIA O CONVALESCENCIA: Si el enfermo sobrevive a la grave toxemia de la segunda fase del padecimiento o no fallece a consecuencia de las complicaciones, se repone gradualmente de su enfermedad. La fiebre declina "en imagen de espejo" o lisis en relación al inicio y regularmente requiere de 7-10 días para llegar a la normalidad.

El enfermo en forma gradual llega a estar más alerta y en esa forma sus síntomas abdominales desaparecen. Durante esta fase pueden presentarse recaídas hasta 1 ó 2 semanas después de que la temperatura haya regresado a lo normal. Esta recurrencia por lo general es menos grave que la infección original, sin embargo, en ocasiones se pueden reproducir todos los fenómenos observados durante el festigio.

Los hemocultivos pueden ser positivos desde el principio de la primera semana y permanecen así por un periodo variable. Las heces son positivas para el microorganismo después de la primera semana de la enfermedad; la orina puede ser positiva en cualquier época después de la primera semana, aunque los gérmenes se observan con mayor frecuencia en las heces que en la orina.

Durante la segunda semana de la enfermedad, empiezan a aparecer los anticuerpos y continúan elevando su título hasta el final de la tercera semana; por ello las aglutinaciones en diluciones bajas o negativas en los primeros días de la enfermedad tienen menos importancia que al final de la misma.

Cuando se llevan a cabo reacciones periódicas y se demuestran un aumento progresivo de las aglutininas, se puede considerar como patognomónico de Fiebre Tifoidea. En personas vacunadas o que han padecido la enfermedad, es de mayor valor diagnóstico el antígeno o que el antígeno flagelar H.

La reacción de WIDAL no es específica, muchos procesos infecciosos aumentan la concentración de aglutininas especialmente los H (fenómeno de Helstoen).

Se ha tomado como aglutinación baja de 1 : 40 a 1 : 80, como media 1:160 y como alta de 1:320 en adelante por lo que cuando obtenemos un valor bajo nos hace pensar en la enfermedad; cuando se obtiene media se sospecha y cuando se tiene alta es de mucha importancia más la historia y el examen físico, pues no tiene ninguna importancia un WIDAL aislado con reacción positiva, decir "WIDAL ALTO" no significa diagnóstico positivo de fiebre tifoidea.

Con respecto a la fórmula sanguínea durante la primera semana, llegar a tener leucositosis con neutrofilia mientras que en la segunda semana se llega a tener leucopenia, neutropenia y linfocitosis.

#### 4.7 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (7)

Para efectuar un diagnóstico diferencial hay que tener presente circunstancias que nos pueden llegar a confundir el cuadro y para ello debemos de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Valoración global del caso, zona endémica, epidemia, contactos.
- b) Cuadro clínico: especialmente esplenomegalia, la roseola, el estupor, el cambio en el ritmo de la defecación, la fiebre.
- c) Laboratorios: hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y mielocultivo.
- d) Aglutinaciones.
- e) Fórmula sanguínea.

En base a lo anterior podemos pensar entre una disentería bacilar, colitis, amebiana, septicemias, tífus exantemático, gripe, T B, paludismo, fiebre reumática y diversas enfermedades por Salmonella; y en general con otras fiebres prolongadas.

#### 5.8 COMPLICACIONES (7, 10, 12)

Las complicaciones, entre ellas la hemorragia y perforación intestinal, son menos frecuentes en los niños que en los adultos. La perforación del intestino va acompañada de síntomas de choque. La temperatura desciende de pronto y aumenta la frecuencia del pulso.

El dolor abdominal es intenso y suele sobrevenir distensión. Existe defensa de los músculos abdominales. Al iniciarse la peritonitis reaparece la fiebre y se produce leucocitosis. Puede desencadenarse peritonitis sin síntomas de perforación. Es rara la hemorragia intestinal en pacientes de menos de 10 años.

La hemorragia intestinal intensa se caracteriza por palidez, pulso rápido, descenso de la presión sanguínea y ausencia de dolor abdominal. Es rara asimismo la hemorragia por las mucosas. La epistaxis, la forma más común de hemorragia y puede ser profusa.

Las complicaciones menos frecuentes son retención urinaria, neumonía, tromboflebitis, miocarditis, psicosis, colecistitis, nefritis, espondilitis y meningitis.

## 5.9 PROFILAXIS

Saneamiento de alimentos y bebidas para prevenir la contaminación por Salmonella. Control de portadores: no debe permitirse a los portadores que trabajen en el manejo de alimentos; tales personas deberán observar precauciones higiénicas estrictas. La colecistectomía y el tratamiento con ampicilina elimina el estado de portador.

La vacuna antifoideica se administra en dos inyecciones de 0.5 mls. cada una por vía subcutánea, separadas por un lapso no menor de cuatro semanas. Normalmente se debe revacunar sólo dos veces más, con una inyección de 0.5 ml. intracutánea, administrada a intervalos de cuatro años. (7).

## 5.10 TRATAMIENTO

### a) MEDIDAS ESPECIFICAS:

Se debe prescribir como medicamento de primera elección, el Cloranfenicol, tratándose de un antibiótico de amplio espectro muy utilizado nuevamente de acción predominantemente bacteriostática y el cual es capaz de producir algunos trastornos, principalmente de tipo hematológico, tales como granulocitopenia, trombocitopenia y anemia reversible o irreversible por aplasia medular (anemia aplástica) (10)

Otro medicamento efectivo pero menos que el anterior es la ampicilina, la que se usa en tratamientos prolongados, o en casos de urgencia en cepas

de Salmonella resistentes, lo mismo que el Sulphamethoxosale-Trimethopin, cuya combinación ha sido de uso sumamente frecuente en estos casos. (9, 6).

b) MEDIDAS GENERALES

Se debe recomendar una dieta hipercalórica así como reposo, debiendo tratarse la diarrea con antiespasmódicos intestinales (7).

5.11 PRONOSTICO

En persona de edad avanzada o lactantes es malo en los niños la evolución es moderada.

Con las complicaciones, el pronóstico es malo. Se presentan recaídas en más del 15% de los casos. A pesar de la quimioterapia puede persistir el estado de portador.

## RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

El número de pacientes que consultaron por el período de Enero de 1975 a Marzo de 1977 por Fiebre Tifoidea fueron 81, con los cuales se trabajó en la siguiente forma:

### 6.1 SEXO

SEXO	NUMERO DE CASOS	%
M	43	53
F	38	47
TOTALES	81	100

El 53% de los pacientes que fueron atendidos por Fiebre Tifoidea en este hospital fueron de sexo masculino y el 47% de sexo femenino durante el tiempo que se tomó en cuenta en el presente trabajo.

### 6.2 EDAD

El Hospital Infantil "María Teresa" atiende a pacientes de 0 a 13 años por lo que el estudio se basó entre estas edades.

EDAD	No. de Casos	%	EDAD	No. de Casos	%
1	7	9	6	6	7
2	6	7	7	8	10
3	4	5	8	5	6
4	4	5	9	10	12
5	5	6	10	8	10

La edad no es de una importancia significativa ya que de una a otra edad no se obtuvo resultados con mucha diferencia.

### 6.3 PROCEDENCIA

Los mayores porcentajes de pacientes que consultaron por Fiebre Tifoidea procedían de las zonas 3, 5, 6 y 18, o sea todas aquellas que afrontan problemas sanitarios múltiples aunados a una situación económica deficiente que provenían de municipios se encontró 15 pacientes de los cuales 8 venían de Villa Canales y el resto eran originarios y vivían en otros departamentos siendo exactamente 7.

La totalidad casi de pacientes eran referidos con una impresión clínica de Fiebre Tifoidea de cualquiera de los hospitales nacionales basada a proceso de aglutinación.

### 6.4 TIEMPO DE HOSPITALIZACION

No. DE DIAS	No. DE CASOS	No. DE DIAS	No. DE CASOS
3	1	14	5
6	4	15	3
7	1	16	6
8	4	17	2
9	4	20	3
10	16	22	1
11	4	26	2
12	14	30	2
13	8	--	-

El tiempo de hospitalización osciló entre 10 y 13 días que fue donde se obtuvo los mayores resultados como se puede ver en el cuadro precedente habiéndose tomado el primero desde su ingreso y el último cuando se indica egreso según cada papeleta.

#### 6.5 SINTOMAS

Los síntomas que se toman en cuenta son los que aparecen apuntados en las historias clínicas efectuadas al ingreso de cada uno de los pacientes a su egreso.

SINTOMAS	No. DE CASOS
Diarrea	55
Vómitos	46
Anorexia	41
Dolor Abdominal	37
Cefalea	31
Nausea	23
Decaimiento	20
Calofríos	3
Estreñimiento	2
Tos	18

Es de hacer notar que muchos de estos pacientes aún no podían expresarse, tomándose en cuenta lo referido por la madre.

## 6.6 SIGNOS

SIGNOS	No. DE CASOS
Fiebre	78
Ruidos Intestinales Aumentados	29
Dolor Abdominal Apalpación	25
Hepatomegalia	7
Ruidos Intestinales Disminuídos	7
Esplenomegalia	2
Obnubilación	2
Manchas Rosadas	1
Abdomen Tenso	1

Los signos que se detectaron a su ingreso que tienen gran significación son la fiebre, pues se presentó en 78 pacientes, o sea el 96%, luego los ruidos intestinales aumentados seguido de dolor abdominal a distintos niveles a la palpación profunda.

## 6.7 DIAGNOSTICO

A su ingreso a cada uno de los pacientes se les ordenaron diferentes métodos diagnósticos antes de proceder a administrar medicamentos y entre ellos se procedía a hacer cultivos de sangre, heces y orina, así como WIDAL cuyos datos se verán más adelante habiendo clasificado los cultivos como positivo y negativo y el WIDAL en relación a los antígenos O y H en valor bajo cuando llegaba a 1:80; valor medio cuando se obtenía 1:160; y valor alto 1:320 y más.

CULTIVOS	No. DE POSITIVO	N o. DE NEGATIVO
Hemocultivo	6	30
Coprocultivo	4	59
Urocultivo	1	32
Mielocultivo	1	1

WIDAL	VALOR B AJO	VALOR MEDIO	VALOR ALTO	V A L O R NEGATIVO
O	20	34	22	3
H	16	23	25	17

Como nos podemos dar cuenta, el método bacteriológico no ofrece gran ayuda diagnóstica en este hospital ya que en muy escasos pacientes se obtuvo valores positivos; el diagnóstico no fue comprobado por lo mismo, habiéndose tomado como sumamente significativo los valores de WIDAL, no obstante se obtuvo un alto porcentaje de O bajo el cual fue efectuado al ingreso del paciente.

#### 6.8 TRATAMIENTO

El medicamento de uso más frecuente fue el clo-ranfenicol con el que se han obtenido buenos resultados ya que los 81 pacientes estudiados, 77 fueron tratados con tal droga, ampicilina se usó en dos casos y otros dos se dejaron sin ningún antibiótico habiéndoseles administrado únicamente antidiarreicos en los cuales el resultado de Widal se encontraba con O medio y H alto, acompañado de síntomas y signos tales como diarrea, anorexia y fiebre.

6.9 COMPLICACIONES y  
3.10 CONDICIONES DE EGRESO

De los pacientes atendidos, tratados en dicho centro hospitalario por el período de tiempo que interesó para este trabajo, 76 fueron dados de alta en estado mejorado, lo que quiere decir que cedió la enfermedad con el medicamento administrado; otros cuatro fueron trasladados al hospital Roosevelt o General San Juan de Dios con complicación y tratamiento quirúrgico urgente al sospecharse una perforación tífica y el otro paciente restante y el otro paciente restante falleció dentro del hospital durante el tiempo que se le daba tratamiento.

11 DISCUSION

Las enfermedades que más contribuyen al deterioro de la salud en nuestro medio son las infecto-contagiosas y las nutricionales, que usualmente actúan sinérgicamente produciendo en el huésped un daño mayor que si actuaran independientemente.

La Fiebre Tifoidea no se escapa de ser un proceso patológico en el que concurren los tres factores primordiales como lo son el ambiente, el agente y el huésped, cuya interrelación nos da un conjunto de datos que es necesario poner en juego para que la salud del pueblo en complemento con el médico, sea más satisfactoria, más aún en una población en la que prevalece la pobreza, hacinamiento, mala alimentación, analfabetismo, falta de métodos de higiene; y así como los anteriores un sinnúmero de factores como causas predisponentes y precipitantes; y particularmente la ausencia total del recurso preventivo.

En el caso que hay muchos guatemaltecos menores de edad que han padecido de la patología a que se ha hecho referencia en el transcurso del trabajo en diferentes sexos los cuales han consultado por diarrea, vómitos anorexia y

dolor abdominal y quienes han presentado fiebre en relación con otros signos lo que ha hecho sospechar al ob tener el resultado de WIDAL de una fiebre Tifoidea y que por fortuna gracias al tratamiento con cloranfenicol, las condiciones del egreso han sido satisfactorias ya que la mortalidad ha sido baja tal y como está descrita en la literatura clásica consultada, la que no di fiere mayor cosa en lo que se ha obtenido.

Se efectuó este estudio con 81 pacientes de los cuales el 53% fueron de sexo masculino y el resto del sexo femenino, siendo un dato que no nos demuestra una marcada diferencia entre uno y otro sexo, lo mismo que sucede con la edad, cuyos datos nos dicen únicamente que existe Fiebre Tifoidea a toda edad y en cualquier sexo.

Un dato que nos es bastante importante es con respecto a la procedencia de los pacientes, ya que como está descrito en párrafo anterior, esquematizando un país en desarrollo en el que se encuentran zonas carentes de muchos recursos, tal el caso del nuestro, en el que los mayores porcentajes de pacientes que consultaron por Fiebre Tifoidea, procedían de las zonas 3, 5, 6 y 18; habiendo sido sumamente curioso encontrar el 10% procedente del municipio de Villa Canales, probablemente por la existencia en esa zona de un portador.

El tiempo de hospitalización se encuentra entre 10-13 días tal y como se describe en diferentes tratados de la medicina (11, 13, 14)

Los síntomas más preponderantes en el estudio fue la diarrea, vómitos, anorexia y dolor abdominal, notándose que se toma como muy importante la diarrea para el diagnóstico, ya que en nuestro medio se presenta con mayor preponderancia; sucediendo lo mismo con la fiebre entre los signos, no habiéndose palpado esplenomegalia más que en dos casos.

Con respecto al diagnóstico, un porcentaje suma-

mente alto de cultivos resultaron negativos; que factores contribuyeron a esto?. O se utilizó una mala técnica o bien se puede considerar como factor que no permite la de demostración del agente etiológico, una automedicación que aunque no suficiente para tratar la enfermedad, inhibió o no permitió resultados positivos de los cultivos.

El tratamiento en pacientes incluidos en este trabajo se usó cloronfenicol el cual fue satisfactorio, sin em bargo con la emergencia de cepas de Salmonella Typhi re - sistentes (6, 9) a esta droga observados de otros países, es necesario mantener este dato en mente, determinar l a susceptibilidad antibiótica de los gérmenes aislados y sus tituir el tratamiento por Ampicilina o Sulphamethoxale Tri methoprium en los casos que se demuestre resistencia a l cloronfenicol y/o respuesta clínica inadecuada para a s í no obtener complicaciones, únicamente una condición de e - greso satisfactoria.

7.

CONCLUSIONES DEL TRABAJO

- 1.- No existe acentuada diferencia entre la literatura clásica consultada al referirse al cuadro clínico de un paciente con Fiebre Tifoidea y los casos que se presentaron en el Hospital Infantil "María Teresa".
- 2.- Los pacientes en su totalidad son referidos a dicho centro por hospitales nacionales con una impresión clínica de Fiebre Tifoidea basadas en muchos casos en un valor de WIDAL positivo.
- 3.- La mayoría de cultivos efectuados en dicho centro se obtienen negativos lo que hacen que el diagnóstico no se compruebe bacteriológicamente.
- 4.- El valor de WIDAL es muy significativo asociar a la historia, cuadro clínico y otros exámenes de laboratorio.
- 5.- La droga de elección continua siendo el cloranfenicol.
- 6.- La mayoría de pacientes proviene de zonas en don de prevalece la pobreza, el hacinamiento, mala alimentación, falta de métodos de higiene.
- 7.- Existe un alto porcentaje de Fiebre Tifoidea en municipios de Guatemala, habiéndose obtenido la más alta incidencia en el municipio de Villa Canales.

## CONCLUSIONES GENERALES

- .- La Fiebre Tifoidea sigue siendo causa de elevada morbilidad en el mundo y principalmente en los países en desarrollo.
- .- El control de la Fiebre Tifoidea es posible si se intensifican campañas de medicina preventiva, saneamiento ambiental y educación higiénica.
- .- Se debe controlar rigurosamente a los portadores sin permitirles manejar alimento alguno.
- .- Entre las medidas profilácticas se debe dar importancia a la vacuna antitifoídica.

RECOMENDACIONES

- 1.- Educación comunitaria a nivel nacional de higiene ambiental y saneamiento, mediante métodos sencillos.
- 2.- Mediante supervisión de personal capacitado, mejorar los métodos diagnósticos, bacteriológicos en el Hospital Infantil "María Teresa".
- 3.- Hacer conciencia nacional de mejoramiento en el manipuleo de alimentos, así como controlar todos aquellos puestos donde se venden los mis mos, por las autoridades encargadas para e l efecto.
- 4.- Insistir en mejorar las necesidades urbanísti cas de muchas zonas de la ciudad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- SOLIS ORELLANA ELFIDO -FIEBRE TIFOIDEA EN GUATEMALA-  
Revisión de aspectos clínicos, tratamiento, complicaciones y letalidad en el Hospital San Vicente de 1968 a 1972. Tesis (médico y cirujano) Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1974, pag 29.
- 2.- CABRERA JULIO RAFAEL -FIEBRE TIFOIDEA-. Estudio Clínico y Diagnóstico.  
Tesis (Médico y Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1970, Pag. 31.
- 3.- MOLINA VICTOR -EL DIAGNOSTICO SOBRE FIEBRE TIFOIDEA ES BACTERIOLOGICO-.  
Tesis (Médico y Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1959, Pag. 39.
- 4.- BEHAR A. ALBERTO -CONSIDERACIONES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA-.  
Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1955, Pag. 52.
- 5.- ESTRADA S. JACINTO. -CONSIDERACIONES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA EN GUATEMALA-.  
Tesis (Médico y Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1950, Pag. 22.
- 6.- VIRGILIO R. ETAL -FIEBRE TIFOIDEA POR SALMONELLA TYPHI RESISTENTE AL CLORANFENICOL-.  
Revista Médica de Chile 103 (11): 737-9, 1975.

- 7.- KRUP MARCUS ETAL. -DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO-.  
8a. Ed. El Manual Moderno, México 1973 pp 834-836.
- 8.- JAWETZ, ERNEST; JOSEPH H. MELNICH y EDWARD A. ADELBERG. -MANUAL DE MICROBIOLOGIA MEDICA-  
Trad. por Amado González Mendoza y J.M. Gutiérrez. 3a. ed. México. El Manual Moderno 1968 pp 231-234.
- 9.- MERRILL, J. SNIDER, et al. -TRIMETROPRIM-SULFARNETHOXAZALE IN THE TREATMENT OF TYPHOID FEVERS-.  
The journal of Infectious Diseases, 28: 734-737. Nov. 1973.
- 10.- ROBBINS, STANLEY L. -TRATADO DE PATOLOGIA-  
2a. Ed. México. Ed. Interamericana, 1963 pp.-280-284.
- 11.- HARRISON, T. R. -MEDICINA INTERNA-  
3a. ed. México. La Prensa Médica. Mexicana - 1965 pp 936-942.
- 12.- MEJICANOS LOARCA, CATALINO S.M. -CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PERFORACION INTESTINAL EN FIEBRE TIFOIDEA-  
(Estudio de 37 casos atendidos en el departamento de Cirujía del Hospital Roosevelt de Guatemala 1965-1969).  
Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1970, 29 pp.
- 13.- BEESON, PAUL and WALSH McDERNONT. -TRATADO DE MEDICINA INTERNA DE CECIL-LOOB-  
Trad. por Alberto Folch. 12 ed. México Interamericana, 1967. pp 22-229.
- 14.- NELSON WALDO E. VICTOR G. VAUGHON y JAMES McHOY -TRATADO DE PEDIATRIA-.  
6a. ed. Trad.: Waldo E. Widson. Barcelona. - Salvat Ed. 1971 - pp. 1632.

Br. MARIO ENRIQUE QUIEZA PEREZ

Dr. JUAN EDUARDO SANCHEZ G.  
Asesor

Dra. VERONICA CHAPETON  
Revisor

Dr. JULIO DE LEON  
Director Fase III

Dr. MARIANO GUERRERO R.  
Secretario

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO  
Decano