

1978

CARLOS FERNANDO VASQUEZ MENENDEZ

PLAN DE TESIS:

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- HISTORIA
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- DEFINICION
 - a) EPIDEMIOLOGIA
 - b) PATOLOGIA
 - c) CUADRO CLINICO
 - d) TRATAMIENTO
 - e) LABORATORIO
- 6.- PRESENTACION DE DATOS
- 7.- TABULACION DE DATOS
- 8.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- RECOMENDACIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

Concientes del problema que representa la Mortalidad bimortalidad existente en nuestro medio y en conocimiento de los pocos estudios sobre esta Enfermedad, he decidido en bién de toda la Población y en especial del Departamento de Escuintla, efectuar un Estudio sobre la Incidencia de Fiebre Tifoidea correspondiente al período comprendido de año de 1,976 al mes de Junio de 1,977; haciendo una evaluación del seguimiento de pacientes durante su consulta al Hospital Nacional de Escuintla su ingreso - evolución y respuesta al tratamiento, tomando en consideración el alto riesgo de algunos pacientes en los cuales pueden agravarse o presentar algún tipo de Complicación como por Ejemplo:

PERFORACION:

La cual necesita de Intervención Qui-

MUNICIPIO DE ESCUINTLA:

Escuintla - municipio del Departamento de Escuintla, Municipalidad de primera categoría, extensión aproximada de 332 Km² .-

Colinda al Norte con Yepocapa (Chimaltenango) y Alotenango (Sac.)

Al Este con Palín- San Vicente Pacaya y Guanagazapa (Escuintla)

Al Sur con Mazagua (Escuintla)

Al Oeste con la Democracia - Siquinalá y Santa Lucía Cotzumalguapa (Escuintla).-

El Banco de Marca establecido por la Dirección General de Caminos.-
El Municipio es atravesado de Norte a Sur por la Carretera Asfaltada Interoceánica (CA-9) que conduce al Puerto de San José en el Océano-Pacífico de la Carretera también Asfaltada hacia Taxisco-Chiquimulilla y la Frontera con el Salvador, como ruta Internacional del Pacífico (CA-2) la ruta Nacional # 14 de Chimaltenango a Escuintla, Así como rutas Departamentales y Municipales que une a la Cabecera y sus Poblados, con los municipios vecinos.- La Vía Férrea atraviesa el Municipio y en la Jurisdicción Municipal de Mazagua; en la Estación Santa María - parte un ramal a San José y otro hacia la Ciudad de Tecún Umán Cabecera municipal de Ayutla (San Marcos) en la frontera de México.-

En todo el Departamento de Escuintla se cultiva:

Maíz

Frijol

Legumbres y

magníficas frutas de muy buena calidad

El departamento de Escuintla se encuentra propiamente sobre la Cordillera Eruptiva del País., ofreciendo en consecuencia un Aspecto variado en su topografía: Grupos Volcánicos : como los de Pacaya notable en el sistema de la América Central.-

Serranias de elevadas y complicadas crestas, altiplanicies dilatadas, desfiladeros y barrancos, profundos, cráteres que revelan la actividad volcánica y lagunas que son pruebas de los trastornos geológicos y verificados en el suelo.-

El clima es seco y ardiente por lo general en las partes bajas; fresco y agradable en las altas montañas.-

Estim:

Lengua Pipil: Iscuintepeque, o cerro de los perros y a que en las montañas de la región se criaban muchos tepezcuintles o tepezcuintes (que los españoles confundieron con "Perros que no ladran " animal del cual puede asegurarse que ningún otro tiene la carne más apetecida por ser tierna, fina y sabrosa.

Por acuerdo Gubernativo del 19 de febrero de 1,987 se concedió a Escuintla que tenía categoría de Villa - El Título de Ciudad .-

Escuintla es muy frecuentada por los visitantes de otras partes del país, figurando entre

OBJETIVOS

1. Efectuar revisión de los ingresos al Hospital Nacional de Escuintla, para reconocer qué porcentaje corresponde a Fiebre Tifoidea y de esa manera darnos cuenta de la magnitud del problema para el Departamento de Escuintla.
2. Conocer las características, problemas, factores a nivel y estructura de pacientes tratados en el Hospital del Departamento de Escuintla, a fin de concientizar a la población y autoridades sobre sus propios problemas de salud.

3. Determinar en forma objetiva la situación de esta enfermedad, a fin de procurar una mejor orientación de los programas que para este sector se hayan establecido o se establezcan.
4. Conocer las complicaciones más frecuentes durante el seguimiento de los pacientes y de lo importante de establecer un tratamiento precoz, para evitar las consecuencias.
5. En general, conocer la morbi-mortalidad en el Departamento de Escuintla, con respecto a fiebre tifoidea.

B. METODO:

Se utilizará el Método Inductivo, Deductivo y Científico.

DEFINICION:

La fiebre tifoidea es una enfermedad aguda frecuentemente grave, causada por *S. Typhosa*, caracterizada por fiebre, cefaléa, apatía, tos postración esplenomegalía, exantema maculopapuloso y Leucopenia.

Esta es una enfermedad que existe en escala limitada en países con higiene muy avanzada y de gran importancia en zonas del mundo donde la higiene todavía no está muy adelantada, o de alimentos contaminados por portadores crónicos de tifoidea.

A. EPIDEMIOLOGIA:

La fuente última de infección con S. Typhosa, es el paciente con fiebre tifoidea o un portador.

Los pacientes con fiebre tifoidea eliminan gran número de S. Typhosa por las heces y la orina, pueden haber bacilos viables también en el vómito, las secreciones respiratorias o el pus.

Este bacilo de la tifoidea puede sobrevivir durante semanas en el agua, el hielo, el polvo y los residuos secos.

Los alimentos pueden contaminarse directamente por escreta, por el agua que contiene S. Typhosa a veces por polvo contaminado.

Las moscas también se ha culpado de la transmisión de la infección. Las ostras y otros mariscos pueden estar infectados en aguas sucias, en donde la tifoidea es común, aumentando la frecuencia de la enfermedad durante el verano.

ANATOMIA PATOLOGICA:

La proliferación de grandes células mononucleares provenientes del tejido reticuloendotelial, constituye lo más notable de la anatomía patológica de la fiebre tifoidea.

La participación del tejido linfoide del tubo digestivo, principalmente de las placas de Peyer en el Ileon terminal, origina necrosis y úlceras.

La eroción de los vasos sanguíneos puede cau-

sar hemorragia intestinal. Las lesiones intestinales suelen limitarse a mucosa o submucosa, pero en ocasiones atraviesan muscular y serosa y producen perforación intestinal. La curación de las lesiones intestinales no origina cicatriz apreciable ni estenosis, el hígado está aumentando de volúmen y muchas veces muestra hinchazón turbia y zonas focales de necrosis. El vaso y los ganglios linfáticos mesentéricos están aumentados de volúmen y muestran hiperplasia de células reticuloendoteliales. Es frecuente la bronquitis y no es rara la neumonía.

El exámen microscópico de las lesiones cutáneas maculopapulosas revela infiltración de

representan epistaxis. La mayor parte de enfermos tienen molestias o dolores abdominales bajos. Es frecuente el estreñimiento más que la diarrea que sólo se observa en el 20% aproximadamente de los pacientes.

Durante la segunda semana de la enfermedad la temperatura muestra menor tendencia a ser remittente y muchas veces se observa alrededor de 38.0° constantemente, durante esta fase los pacientes suelen estar muy graves, con gran debilidad, molestias y distensión abdominal, es manifiesto el estado de torpeza mental y es posible el delirio. La diarrea es más frecuente durante la segunda semana que durante la primera, y las heces pueden contener sangre.

A medida que la enfermedad entra en la tercera semana, el paciente sigue febril, cada vez más agotado y débil y los enfermos sin complicaciones pueden empezar a mejorar durante la tercera o cuarta semana.

El pulso no suele ser tan rápido como correspondería a la temperatura. Pueden haber roncacos o estertores húmedos difusos como manifestación de bronquitis.

La mayor parte de pacientes tiene ligera hipersensibilidad abdominal, particularmente intensa en el lado derecho y parte alta del abdomen. La distensión abdominal puede ser muy intensa. Se palpa un vaso blando en las tres cuartas partes de los pacientes.

La variación del curso típico descrito en los párrafos precedentes es muy frecuente, la enfermedad puede ser ligera y durar sólo una semana o prolongada con fiebre hasta por dos meses.

D. TRATAMIENTO:

El cloranfenicol se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la fiebre tifoidea desde el año de 1948 y sigue siendo el antimicrobiano de elección.

Los pacientes suelen mostrar mejoría subjetiva después de uno o dos días, pero la temperatura no se normaliza hasta transcurrido 3 ó 5 días de tratamiento. La hemorragia y la per

foración pueden ocurrir durante el tratamiento de cloranfenicol incluso en pacientes apiréticos.

La ampicilina también es eficaz en el tratamiento de la tifoidea, pero la respuesta parece ser más lenta con ampicilina que con cloranfenicol.

Algunos pacientes con tifoidea sin señales de complicación supurada no muestran signos de respuesta clínica al cloranfenicol o a la ampicilina después de seis a ocho días de tratamiento aunque los hemocultivos pueden hacerse negativos.

Para estos pacientes y para los enfermos con toxemia grave durante la tifoidea, deben pensarse en la administración de prednisona o medica

mentos con actividad similar; este tratamiento deberá interrumpirse después del tercer

En pacientes tratados con prednisona la temperatura se normaliza o cae hasta valores hipotermicos en unas horas y el estado tóxico mejorapidamente. La prednisona sólo debe administrarse junto con tratamiento antimicrobiano adecuado en estas condiciones no aumenta el peligro de complicaciones.

Los pacientes con fiebre tifoidea son extraordinariamente sensibles al efecto antipiretico de los salisilatos y pueden mostrar hipotermia intensa de pequeñas dosis.

Los baños de esponja con agua tibia son eficaces para disminuir la temperatura y deben em-

plearse en lugar de los salicilatos.

E. EXAMENES DE LABORATORIO PARA FIN DIAGNOS-

TICO:

MIELOCULTIVO: Es positivo la primera semana.
na.

REACCION DE WIDAL: La cual es positiva en
la segunda semana de infección.
ción.

3a. SEMANA: Se positiviza el coprocultivo
pero puede positivarse aún en
la segunda semana de infección.
ción.

HEMATOLOGIA: Al inicio puede presentarse
ligera leucopenia con aumento
de los segmentados.

NOTA: Con respecto a la reacción de Widal es importante como complemento al diagnóstico tico pero no es específico ya que existen otras entidades patológicas que puedan dar Widal positivo (Ejemplo: Paludismo, paratifus, brucelosis.)

que no sual: PRESENTACION DE DATOS ni 3,45

Los datos obtenidos como resultado del estudio de los casos, contemplan los aspectos que se refieren a la frecuencia con relación a la edad, el sexo y lugar de procedencia, todos estos datos se encuentran ordenados por mes y aparecen en los cuadros que están a continuación.

Creo que es de suma importancia hacer notar que todos los datos que aquí aparecen fueron obtenidos de los archivos clínicos del Hospital Nacional de Escuintla, sin embargo quiero dejar establecido claramente que lo más seguro es que todos estos casos no sean realmente el total de casos de fiebre tifoidea que se representaron durante el período investigado en el Departamento de Escuintla ya que como es fácil suponer hay muchas personas

TABULACION DE DATOS

CUADRO No. 1.

Incidencia de fiebre tifoidea en el Departamento de Escuintla, clasificado por edad, número de pacientes y sexo, correspondiente al año 1976 y primer semestre de 1977:

Edad de Pacientes	Número de Pacientes	S Femenino	E	X Mas
0 - 4	1	0		
5 - 9	2	0		
10 - 14	3	1		
15 - 19	5	3		
20 - 30	12	3		
31 - 40	3	1		
- 40	4	3		
TOTAL:	30	11		

CUADRO No. 2

Clasificación de Fiebre Tifoidea en el Departamento de Escuintla, por procedencia de tiempo de hospitalización y complicaciones, durante el año 1976 a junio de 1977.

ESCUINTLA

No.	Tiempo de Hospitalización días	Complicaciones
1	7	Enterorragia
2	5	Ninguna
3	6	Ninguna
4	14	Ninguna
5	5	Ninguna
6	3	Ninguna
7	2	Ninguna
8	10	Perforación intestinal
9	1	Ninguna
10	6	Ninguna
11	12	Ninguna
12	6	Ninguna
13	8	Ninguna
14	6	Ninguna
15	7	Ninguna
16	4	Ninguna
17	1	Ninguna
17	103	2

NUEVA CONCEPCION

No.	Tiempo de Hospitalización	Complicación
1	9	Ninguna
TOTAL: 1	9	0

GOMERA

No.	Tiempo de Hospitalización	Complicación
1	18	Ninguna
2	11	Ninguna
3	12	Ninguna
TOTAL: 3	41	0

PUERTO DE SAN JOSE

No.	Tiempo de Hospitalización	Compli
1	13	Nin
2	6	Nin
2	19	

EL SALTO

No.	Tiempo de Hospitalización	Compli
1	5	Nin
1	5	

SANTA LUCIA

No.	Tiempo de Hospitalización	Compl
1	9	Ni
2	14	Ni
3	12	Ni
3	35	

TAXISCO

No.	Tiempo de Hospitalización	Compl
1	15	Ni
1	15	

CHIQUIMULILLA

No.	Tiempo de Hospitalización	Complicaciones
1	10	Ninguna
TOTAL: 1	10	0

DEMOCRACIA

No.	Tiempo de Hospitalización	Complicaciones
1	3	Ninguna
TOTAL: 1	3	0

Cuadro No. 3

Clasificación de fiebre tifoidea según incidencia por mes durante el tiempo que abarca el estudio correspondiente a enero de 1976 a junio de 1977

No.	Mes	Casos
1	Enero	1
2	Febrero	1
3	Marzo	0
4	Abril	2
5	Mayo	1
6	Junio	2
7	Julio	2
8	Agosto	2
9	Septiembre	3
0	Octubre	1
1	Noviembre	3
2	Diciembre	1
3	Enero	0
4	Febrero	3
5	Marzo	4
6	Abril	2
7	Mayo	0
8	Junio	2
Total meses 18		Total casos 30

incidencia de fiebre tifoidea en el Departamento de Escuintla, correspondiente al tiempo de hospitalización y tiempo de evolución antes de su hospitalización:

No.	Tiempo de Hospitalización.	Tiempo de evolución antes de hospitalización
1	7	12
2	5	4
3	4	8
4	6	4
5	9	8
6	18	15
7	13	10
8	14	12
9	5	10
10	5	8
11	6	8
12	3	3
13	2	8
14	9	5
15	10	6
16	14	8
17	15	8
18	10	3
19	3	1
20	1	1
21	6	3
22	11	1
23	12	8
24	6	1
25	12	10
26	8	8
27	1	2

Cuadro No. 5

Incidencia de fiebre tifoidea en el Departamento de Escuintla, clasificado por tratamiento y evolución:

Casos	Tratamiento	Evolución
26	Cloranfenicol	Satisfactoria

Casos	Tratamiento	Evolución
2	Bactrín	Satisfactoria

Casos	Tratamiento	Evolución
2	Ampicilina	Satisfactoria

NACIMIENTOS

1976

Enero.....	.....
Febrero.....	.....
Marzo.....	.....
Abril.....	.....
Mayo.....	.....
Junio.....	.....
Julio.....	.....
Agosto.....	.....
Septiembre.....	.....
Octubre.....	.....
Noviembre.....	.....
Diciembre.....	.....

TOTALES:

3,4

NACIMIENTOS

1977

Enero.....	353
Febrero.....	316
Marzo.....	329
Abril.....	289
Mayo.....	305
Junio.....	<u>280</u>
TOTAL:	<u><u><u>1 872</u></u></u>

DEFUNCIONES

1976

Enero.....	164
Febrero.....	159
Marzo.....	132
Abril.....	170
Mayo.....	152
Junio.....	105
Julio.....	138
Agosto.....	145
Septiembre.....	136
Octubre.....	128
Noviembre.....	139
Diciembre.....	<u>134</u>
TOTAL:	<u><u>1 702</u></u>

DEFUNCIONES

1977

Enero.....	131
Febrero.....	137
Marzo.....	154
Abril.....	164
Mayo.....	138
Junio.....	124
TOTAL:	<u>848</u>

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En el Cuadro No. 1, correspondiente a pacientes por edad y sexo, se puede observar que el grupo etario más afectado fue el comprendido entre 20 y 30 años, así como el sexo dominante que fue el masculino con el 47% del total del sexo masculino.

Podemos observar en el Cuadro No. 2., correspondiente a procedencia, que los pacientes más afectados de fiebre tifoidea correspondiente a los procedentes de la Cabecera Departamental y sus alrededores encontrándose un total de 240 días siendo el promedio de 8 días por paciente.

Sólo se presentó un caso de enterorragia y una perforación intestinal como complicaciones.

En relación al Cuadro No. 3., que corresponde a incidencia por mes durante el tiempo que abarca el estudio podemos observar que hay un mayor predominio en esta enfermedad durante los meses de invierno, correspondientes a junio, julio, agosto y septiembre, con un total de 49% de los casos registrados para el año de 1976 siendo el 51% para los meses restantes.

Con respecto al Cuadro No. 4., en relación con los pacientes que consultaron al hospital con menor tiempo de evolución, o sea más tempranamente su diagnóstico y tratamiento fue precozmente por lo que se redujo el tiempo de hospitalización para lograr su curación.

Caso contrario sucedió con los que resultaron tardíamente ya que su curación fue más prolongada por la evolución de la enfermedad.

En relación al Cuadro No. 5., correspondiente a tratamiento y evolución, podemos observar que estos pacientes que fueron tratados con Bacetrín Ampicilina, se les dió este tratamiento por ser fin de semana, presentando un Cuadro de diarrea con características de origen infeccioso, no habiendo exámenes de laboratorio durante estos días, siendo efectuados después en días hábiles con Widal positivo, estando ya en proceso de curación por lo que continuaron con ese tratamiento.

CONCLUSIONES:

1. El grupo etáreo más afectado de fiebre tifoidea fue el comprendido entre los 20 y 30 años de edad, haciendo un 47% del total del sexo masculino.
2. Los pacientes más afectados de fiebre tifoidea correspondió a los procedentes de la cabecera Departamental y sus alrededores, encontrándose 17 casos correspondiente a un 57%.
3. El tiempo de hospitalización de los pacientes con fiebre tifoidea, se sacó un total de 240 días, dándonos un promedio de 8

días por paciente, cosa que viene en perjuicio de una Institución estatal donde el presupuesto es muy reducido por el mucho tiempo de estar estos pacientes hospitalizados.

4. Entre las complicaciones que se presentaron de esta enfermedad, hubo únicamente un caso de Enterorragia y una perforación intestinal.

5. La estación donde hubo un mayor predominio de esta enfermedad fue durante los meses de invierno, correspondiente a junio, julio, agosto y septiembre con un total de 47% de los casos reportados para el año de 1976,

siendo el 51% para los 8 meses restantes

Los pacientes que consultaron al Hospital con menos tiempo de evolución, su diagnóstico y tratamiento fue precozmente reduciéndose su tiempo de hospitalización y curación.

Las personas que consultaron tardíamente al hospital, su curación fue más prolongada por la evolución de la enfermedad.

El medicamento que predominó en el tratamiento de los pacientes con fiebre tifoidea fue: Cloranfenicol, siendo tratados 26 p

cientes con una evolución satisfactoria.

9. Con respecto a los pacientes que se trataron con Sumetexasol- nuwtoprin y Ampicilina su evolución fue satisfactoria, por lo que podemos considerarlos como uno de los mejores medicamentos de segunda elección. A pesar que en estos casos no se proporcionó para tratar específicamente fiebre tifoidea.

RECOMENDACIONES

Llevar a cabo una reforma agraria para aumentar así la producción de alimentos y aumentar en esta forma el trabajo, dando oportunidad a mayor número de personas de darse en mejores condiciones de vida, e incrementar a la vez una mejor nutrición y salubridad.

Los programas de salud, deben tener un carácter integral de nuestra realidad, la medicina debe impulsar los servicios de medicina preventiva, tratando de llevarla en aquellos lugares que son bastante apartados y especialmente en donde la higiene es deficiente.

3) Aumentar los Centros de enseñanza especialmente en el area rural para combatir la ignorancia ya que de esto depende en muchos casos la mala nutrición de nuestro país y sus condiciones higiénicas.

4) La adopción de una línea política de sobriedad que continúe y si es posible ampliar el criterio de fijar en el presupuesto general de gastos de la Nación- partidas destinadas a la creación de drenajes, máquinas de agua y la erradicación de pozos malos.

5) El Gobierno debe incrementar en la participación activa y decididamente en todo

problemas que confronta la comunidad con respecto a la mala nutrición y salubridad; para que esta de un mejoramiento de vida en cada uno de los miembros que la integran.

- 6) Establecer o mejorar el control de archivo tanto a nivel Hospitalario como en los centros de Salud; para lograr resultados estadísticos confiables y exactos.
- 7) Incrementar el presupuesto Municipal para poder proporcionar agua potable y sistema de excretas a la mayoría de la población.
- 8) Dar mayor propaganda para tener mejor concientización de la población acerca de las

campañas de vacunación ya que se puede observar que es una población que va en incremento y que su natalidad en términos generales es el doble de la Mortalidad por lo tanto su población infantil es la que debemos proteger de enfermedades infecto-contagiosas.

B I B L I O G R A F I A :

1. Anderson, W.A.D. Patología, 5o. Ed. Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1968. PP 297, 1132.
2. Cabrera M.A. Contribución al estudio de la Cloromicetina en la Ft. Guatemala, Tip. Sánchez y de Guise 1949, 16 P.
3. Cabrera, Valverde, Julio Rafael. Fiebre Tifoidea, estudio clínico y diagnóstico. Tesis (Médico, Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. 36p.
4. Harrison, T.R. Medicina Interna, 3o. Ed. México, ed Prensa Médica Mexicana, 1965 p 936 - 942 .

Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Décimo Tercera Edición, México, Editorial Interamericana, 1972, P 599, 603.

Solís Orellana, Elfido. Fiebre Tifoidea en Guatemala (Revisión de aspectos clínicos tratamiento y complicaciones y letalidad en el Hospital San Vicente 1968 a 1972) Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 29 P.

Thomas Hyman, Harold. Treatment in Internal Medicina, USA. J.B. Lippincott Company, 1958. P. 76.

Vargas Miguel y Alberto Peña. Mejor pronóstico para los Pacientes con perforación de vícera hueca por salmonelosis, Boletín Médico del Hospital Infantil, México 30

(6) : 1019 - 1025, Nov. Dic. 1973.

9. Watson, C. J. Outlines Of. Internal Medi
ne, Thent Ed, USA, W. M. Brown Company P
blishers, 1963. P. 619.



Dr. Carlos Fernando Vázquez Méndez



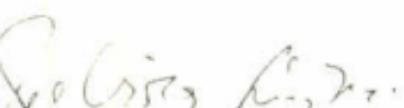
Asesor

Dr. Víctor Manuel López S.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 2077



Revisor

Dr. HECTOR R. GARCÍA SANTANA
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2619

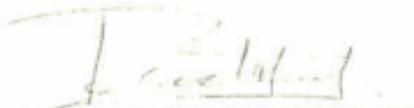


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.



Secretario General
Dr. Raúl Castillo Rodas

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo