

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA.

Revisión y análisis de los casos diagnosticados
en el Hospital Nacional de Jutiapa,
en el período 1977-1978.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por :

JULIO CESAR MENDEZ MARROQUIN

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. CONSIDERACIONES GENERALES
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y METODOS
5. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACIONES
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

I N T R O D U C C I O N

Siendo la Fiebre Tifoidea una entidad patológica que representa aún un alto valor dentro de la problemática de salud en nuestro medio, fué realizada esta investigación tratando de establecer la realidad en cuanto a su incidencia y epidemiología, para una vez establecidos, ofrecer los resultados obtenidos así como algunas sugerencias para mejorar el manejo y control de esta enfermedad.

CONSIDERACIONES GENERALES

FIEBRE TIFOIDEA:

Es una enfermedad infecciosa, febril, aguda generalizada.

Es causada por *Salmonella Typhi*, bacilo gram negativo, el cual penetra al enfermo por vía gastrointestinal, atravesando la pared del intestino ocasionando inflamación de los ganglios mesentéricos y del bazo. Al superarse el mecanismo de defensa del huesped, se presenta bacteremia y finalmente la infección se localiza principalmente en el tejido linfoideo del intestino delgado (en especial dentro de los 60 cms. a partir de la válvula ileocecal). las placas de Peyer llegan a inflamarse y finalmente se ulceran. Esta ulceración, así como el esfacelo alcanzan su auge durante la 3a. semana de la enfermedad. Ocasionalmente el microorganismo puede localizarse en pulmones, vesícula biliar, riñón o sistema nervioso central, órganos en los que produce inflamación. Este padecimiento se transmite por alimentos o líquidos contaminados. Muchos otros casos se presentan por la existencia de portadores crónicos con un foco persistente en vesícula biliar o en el sistema urinario. El período de incubación es de 5-14 días.

Se caracteriza por fiebre continua, malestar general, anorexia, pulso lento, invasión de los tejidos linfáticos especialmente ulceración de las placas de Peyer, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco y estreñimiento o por el contrario diarrea.

DISTRIBUCION Y EPIDEMIOLOGIA.

Enfermedad de distribución mundial, común en muchos países del lejano Oriente, el Oriente Medio, el este de Europa, América Central y del Sur y Africa. En los países altamente

desarrollados, la incidencia está disminuyendo constantemente, sobre todo en las zonas urbanas.

La tifoidea es una enfermedad prevenible y no existe en grado importante en donde prevalecen rígidas reglas sanitarias. El manantial de infección mas importante es el portador humano.

Las epidemias transmitidas por el agua y la leche se caracterizan clínicamente por su comienzo explosivo. Otros alimentos como crema, mantequilla, queso y mariscos, han sido también el origen de epidemias.

La enfermedad se observa con mayor frecuencia en las zonas templadas, a fines de verano, en otoño y en los primeros meses de invierno. La tifoidea es típicamente una enfermedad de la niñez y del adulto joven. Se presenta con máxima frecuencia entre los 15 y 30 años de edad. Por fortuna es rara en la primera infancia, en que la mortalidad es elevada.

RESERVORIO.

Es el hombre, paciente o portador. Los contactos de la familia pueden ser portadores transitorios. En la mayor parte del mundo los portadores que eliminan el germen por las heces fecales son mas comunes que los que lo eliminan por la orina. Los portadores que eliminan bacilos por las heces fecales frecuentemente presentan colecistitis tifoídica.

MODE DE TRANSMISION

Por contacto directo o indirecto con las heces fecales u orina de un paciente o de un portador. Los principales vehículos de propagación son el agua y los alimentos contaminados. El cocimiento insuficiente de alimentos feculosos y pastas donde el bacilo se multiplica son vehículos comunes; así como las frutas y las verduras crudas, la leche y sus derivados, los mariscos y otros.

La contaminación generalmente se produce por las manos de un portador o proviene de un caso que pasó inadvertido. En ciertas ocasiones las moscas son vectores importantes, como es el caso de los países subdesarrollados en donde las condiciones socioeconómicas contribuyen grandemente a que se den situaciones predisponentes al hacinamiento y a deficientes medidas sanitarias.

PERIODO DE INCUBACION.

Es variable; en promedio de 2 semanas, variando generalmente de 1 a 3 semanas.

PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD.

Mientras se encuentran bacilos de la Tifoidea en la excreta; por lo general desde la primera semana hasta el final de la convalecencia y desués por períodos variables.

Cerca del 10o/o de los pacientes continúan eliminando bacilos durante 3 meses después de iniciada la enfermedad; de 2 a 5o/o se transforman en portadores permanentes.

SUSCEPTIBILIDAD Y RESISTENCIA

La susceptibilidad es general, aunque muchos adultos adquieren inmunidad a consecuencia de infecciones que pasan inadvertidas. Las tasas de ataque disminuyen con la edad, pasado el segundo decenio o el tercero. El restablecimiento por lo común va seguido de un alto grado de resistencia.

DATOS CLINICOS.

Síntomas y Signos: De iniciación generalmente incidiosa, aunque a veces, en especial en los niños, puede ser brusca, con escalofríos y con elevación súbita de la temperatura.

La evolución de una Fiebre Tifoidea clásica no tratada puede ser dividida en 3 fases:

- 1o. Etapa de Pródromo: Es el período de invasión; el enfermo se siente mal gradualmente. Son frecuentes malestar general, cefalea, tos, dolor generalizado, faringitis y epistaxis. Frecuentemente (pero no siempre) existen síntomas referibles al sistema digestivo, como son: dolor abdominal, vómito, constipación o diarrea. Durante este período la fiebre asciende en forma de escalera, en la que el máximo de temperatura del día es ligeramente mayor que el día precedente. En la noche la temperatura es mayor que en la mañana.
- 2o. FASTIGIO: Después de 7-10 días, la fiebre se estabiliza, presenta variaciones menores de 1.1°C . durante el día y el enfermo se siente bastante mal. Son frecuentes los síntomas referibles al sistema digestivo como diarrea, constipación o distensión abdominal asintomática.
- 3o. ETAPA DE DEFERVESENCIA: 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 en relación al inicio y habitualmente requiere de 7-10 días para llegar a estar más alerta y en esa forma sus síntomas abdominales desaparecen.

Durante el período inicial prodrómico, los signos son escasos o nulos. Posteriormente aparecen esplenomegalia, distensión o hiperestesia abdominal; bradicardia relativa, pulso dicroto y ocasionalmente meningismo, soplo sistólico y ritmo de galope.

El eritema (manchas rosadas) comunmente aparece durante la segunda semana de la enfermedad. Las manchas individualmente

son pápulas rosadas de 2-3 mm de diámetro y desaparecen por presión. Cada una de ellas desaparece en un lapso de 3-4 días.

BASES PARA EL DIAGNOSTICO

1. Malestar general de instalación gradual, cefalea, faringitis, tos y finalmente diarrea o constipación (estreñimiento).
2. Elevación lenta (en escalera) de la fiebre hasta un máximo y luego descenso lento a lo normal.
3. Manchas rosadas, bradicardia relativa, esplenomegalia, distensión abdominal e hiperestesia.
4. Leucopenia: cultivos positivos en sangre, heces, orina y mielocultivos. Títulos específicos de aglutinación (Widal) elevados o ascendentes.

DATOS DE LABORATORIO.

Los hemocultivos pueden ser positivos desde el principio de la primera semana y permanecen así durante un período variable. Las heces son positivas para el microorganismo después de la primera semana de la enfermedad. La orina puede ser positiva en cualquier época. Durante la segunda semana de la enfermedad, empiezan a aparecer anticuerpos y continúan elevando su título hasta el final de la tercera semana (reacción de Widal). Se descarta la posibilidad de una respuesta anamnésica a otras enfermedades infecciosas o vacunación reciente, un título de anticuerpos O (somático) de 1:60 es de diagnóstico presuntivo y título en aumento (como lo demuestran 2 especímenes tomados a intervalos de una semana) es casi diagnóstico. Se observa moderada anemia y leucopenia por lo general.

Es importante hacer énfasis en la reacción de Widal, que

es el método diagnóstico de laboratorio más empleado en nuestro medio y que como se indica anteriormente hay casos en que puede obtenerse falsos positivos como en vacunación reciente, infección salmonelosa previa, otras enfermedades infecciosas, etc. O bien obtener falsos negativos al efectuar la prueba en un período en que la infección aún no ha evolucionado lo suficiente para producir formación de anticuerpos específicos.

En nuestro medio, dadas las condiciones en que trabajan la mayoría de laboratorios existentes en los diferentes hospitales departamentales así como los centros de Salud, en que los recursos son deficientes en cuanto a medios específicos para hemo, uro, copro y mielocultivo se refiere; obliga al médico tratante a apoyarse exclusivamente en la reacción de Widal, ya que para efectuar los diferentes cultivos arriba mencionados tendría que disponerse de medios adecuados para su siembra, luego referirlos a los diferentes laboratorios que cuenten con el material y equipo necesarios con lo que se perdería tiempo además de correrse el riesgo de pérdida o deterioro de los medios o sus resultados.

Soluciones al problema hay muchas. Unas fáciles y otras difíciles de poner en práctica siendo la más factible la que proponen las autoridades del departamento de epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud, quienes aconsejan la obtención de muestras de sangre en los pacientes que se quieran estudiar por fiebre tifoidea, depositarla en medios especiales proporcionados por dicho departamento y que se se les refiera el coagulo sanguíneo para que efectuen pruebas específicas, las cuales son confiables en un porcentaje elevado. Esta solución es pues factible, por sencilla y económica, quedando en las autoridades correspondientes estudiar más a fondo el problema y hacer conciencia en el personal médico sobre la posibilidad de obtener mejores resultados con este método diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La Fiebre Tifoidea debe distinguirse de otras fiebres prolongadas asociadas con cuenta leucocitaria normal o disminuida. Ejemplos lo constituyen la Tuberculosis, Neumonía viral, psitacosis, endocarditis bacteriana, brucelosis y fiebre Q. Así como otras entidades patológicas cuyos cuadros clínicos son muy similares al de la F.T. siendo estas la gripe, el paludismo, la fiebre ondulante, la neumonía atípica, la meningitis, el reumatismo y las diversas infecciones por Salmonella como por ejemplo la Salmonella paratyphi A, B, C.

COMPLICACIONES.

Ocurre en aproximadamente 30o/o de los casos no tratados y son responsables de las tres cuartas partes de los fallecimientos. Entre las complicaciones mas frecuentes están la hemorragia intestinal, la que es más factible que ocurra durante la tercera semana y se manifiesta por descenso rápido de la temperatura, pulso de mayor frecuencia y signos de choque seguidos de sangre oscura o fresca en heces.

La Perforación Intestinal: También puede presentarse en esta misma tercera semana. Se puede observar rigidez repentina, descenso de la temperatura y aumento de la frecuencia del pulso, acompañados por dolor e hiperestesia abdominal.

Las complicaciones menos frecuentes son: retención urinaria, neumonía, tromboflebitis, miocarditis, colecistitis, nefritis, psicosis, espondilitis (fiebre tifoidea espinal), meningitis, epistaxis y en algunos casos hepatitis.

METODOS DE CONTROL.

A. MEDIDAS PREVENTIVAS:

1. Protección, purificación y cloración del agua para abastecer

al público.

2. Eliminación sanitaria de las heces humanas.
3. Lucha contra las moscas por diferentes medios.
4. Ebullición o pasteurización de la leche y sus derivados, Almacenamiento y refrigeración adecuados en comercios y hogares.
5. Limitación de la pesca y venta de mariscos exclusivamente a los sitios aprobados por las autoridades de salud.
6. Vigilancia sanitaria de la elaboración, preparación y manipulación de los alimentos en los sitios públicos donde se sirven comidas.
7. Identificación y vigilancia de los portadores de Fiebre Tifoidea.
8. Instrucción de los convalecientes y portadores crónicos sobre higiene personal, en particular sobre la eliminación sanitaria de la excreta, el lavado de las manos después de defecar y antes de comer y excluirlos de las actividades de la manipulación de alimentos.
9. Inmunización: Se acostumbra vacunar a las personas sujetas a una exposición excepcional por sus ocupaciones o viajes, a los que viven en zonas de alta incidencia endémica y a los que están en instituciones donde es difícil mantener buenas condiciones sanitarias.

B. CONTROL DE PACIENTE, DE LOS CONTACTOS Y DEL MEDIO AMBIENTE INMEDIATO.

1. Notificación a la autoridad local de salud.

2. Aislamiento.

3. Desinfección concurrente: de las heces fecales y de la orina, así como de los objetos contaminados con ellos.
4. Cuarentena: no se permitirá la manipulación de alimentos a los contactos familiares durante el período de contacto con el enfermo o antes de obtener repetidos cultivos negativos de heces y orina.
5. Inmunización de contactos: Es de valor dudoso la aplicación de la vacuna antifoídica a los miembros de la familia a las personas que viven en la misma casa con el enfermo y a las que atienden enfermos que han estado o pueden estar expuestos a contagiarse de ellos o de los portadores.
6. Identificación de los contactos y de la fuente de infección: Debe encontrarse la fuente probable o verdadera de la infección en cada caso, mediante la búsqueda de las cuentas comunes o individuales. La presencia de aglutininas "VI" en la sangre de las personas de quienes se sospecha que son portadores sugieren el estado de portador .

C. MEDIDAS EN CASO DE EPIDEMIA:

1. Búsqueda intensiva del caso o portador que es la fuente de infección.
2. Debe evitarse el consumo de todo alimento sospechoso.
3. Ebullición o pasteurización de la leche, o prohibición del consumo de leche o de otros alimentos sospechosos con base en indicios epidemiológicos, hasta garantizar la seguridad de aquellos.

4. Cloración del agua bajo supervisión competente o prohibición del consumo de la proveniente de un abastecimiento sospechoso. Toda el agua que se consuma para beber debe ser clorada o hervida.

INMUNIZACION

Dosis aconsejables de vacuna antitifoídica:

Inicial: Adultos y niños mayores de 10 años, 0.5 cms., cúbicos subcutáneamente o 0.1 cm., cúbico por vía intradérmica.

Niños de 6 meses a 10 años, 0.25 cms., cúbicos subcutáneamente.

Son dos inyecciones con intervalo de 4 ó 5 semanas. Normalmente, debe revacunarse sólo dos veces más, con las mismas dosis a intervalos de 3 ó 4 años.

TRATAMIENTO ESPECIFICO:

El cloranfenicol es el medicamento de elección para el tratamiento de la Fiebre Tifoidea, aunque debe tenerse en cuenta su toxicidad potencial.

Dosis aconsejables:

Adultos: 1 gramo cada 6 horas por vía oral, hasta que desaparezca la fiebre y después 0.5 gramos cada 6 horas durante 2 semanas.

Niños: 50 a 100 mgs., por Kg. por vía. Dividida en cuatro inyecciones intramusculares sin rebasar la dosis total diaria de 2 gramos.

Lactantes menores de 1 mes: La dosis no debe exceder de

25 mgs/Kg/día. El tratamiento debe continuarse durante 10-14 días.

El otro antibiótico aconsejado en la Fiebre Tifoidea es la Ampicilina, pero su respuesta es lenta y menos segura. Las dosis aconsejables son:

100 mgs./kg./día intravenoso o 6 gramos en dosis divididas cada cuatro horas por vía bucal, continuando el tratamiento durante dos semanas.

En un estudio efectuado en Guatemala en 1974 sobre la resistencia de algunas cepas de Salmonella Typhi al cloranfenicol y a la ampicilina, haciendo una evaluación de la susceptibilidad a los antimicrobianos en cepas de Salmonella Thyphi y Salmonella Paratyphi "A" se encontró una susceptibilidad de 98.3o/o para cloranfenicol y cotrimoxazole y 88.70o/o para ampicilina. En 1975 y 1976 la susceptibilidad de S. Typhi para cloranfenicol y cotrimoxazole fué de 100o/o y 87.04o/o para ampicilina.

Cuando existe resistencia al cloranfenicol y a la ampicilina, se recomienda utilizar mezclas de Trimetroprim-Sulfonamidas.

Corticosteroides: Poseen efectos antitoxémicos que ayudan a acortar el período febril y la toxemia al combinarlos con el cloranfenicol.

Puede administrarse Cortisona a dosis de 200 a 300 mg. O Prednisona, 40 a 60 mg., diarios, durante un término de tres días. Deben reservarse para los casos clínicos que se acompañan de toxemia tifoídica grave.

TRATAMIENTO DE SOSTEN.

1. Reposo en cama hasta la fase temprana de la convalecencia. La ambulacion deberá ser gradual para evitar

fatiga o esfuerzos indebidos.

2. No se aconsejan los laxantes y el uso irracional de enemas, por el peligro de perforación o hemorragia intestinal.
3. Los analgésicos son útiles para mejorar la cefalalgia, aunque deben evitarse los salicilatos, por la tendencia de estos pacientes a presentar reacciones exageradas a la acción antipirética de estas drogas.
4. Medios físicos: como baño de esponja tibios, los cuales deberán usarse cuando aparece fiebre mayor de 39.5°C.
5. Observar cualquier manifestación que pueda indicar el apareamiento de complicaciones.
6. Prescribir dieta blanda o líquida hasta que el apetito mejore.
7. Vigilar el equilibrio de líquidos y electrolitos y administrar soluciones IV si el caso así lo requiere. Así como reposición de K al existir distensión abdominal asociada con vómitos o diarrea prolongados, (generalmente se observa más en lactantes y niños pequeños).

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES:

La neumonía secundaria así como otras infecciones agregadas, deberán tratarse con el antibiótico específico dependiendo del agente causal.

Hemorragias: Administrar sangre completa conforme sea requerido.

Perforación Intestinal: La intervención quirúrgica inmediata es lo indicado, efectuando laparotomía exploratoria con cierre primario,

debiendo elegir el cirujano la técnica precisa para cada caso.

PRONOSTICO:

La tasa de mortalidad por fiebre tifoidea en los casos tratados es aproximadamente de 20/o. En las personas de edad avanzada y de los pacientes debilitados, el pronóstico es malo. En los niños la evolución es moderada.

Con las complicaciones el pronóstico es malo. Se presentan recaídas en más de 150/o de los casos. A pesar de la quimioterapia, puede persistir con frecuencia el estado de portador.

OBJETIVOS

1. Efectuar revisión al cuadro clínico.
2. Conocer la incidencia de Fiebre Tifoidea en el Hospital Nacional de Jutiapa.
3. Revisión de los aspectos epidemiológicos siguientes:
 - a. edad;
 - b. sexo;
 - c. Procedencia
 - d. Morbilidad;
 - e. Mortalidad.
4. Revisión y análisis de los siguientes parámetros:
 - a. Diagnóstico de ingreso: fundamentos anamnésicos y clínicos;
 - b. Laboratorio;
 - c. Evolución clínica;
 - d. Complicaciones;
 - e. Tratamiento;
 - f. Diagnóstico definitivo.
5. Contribuir con el personal médico del Hospital Nacional de Jutiapa proporcionándoles los resultados obtenidos en este estudio.
6. Conocer el manejo actual del paciente y lo que podrá hacerse para mejorar el control de esta entidad patológica.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Forma 182: informe mensual de egresos hospitalarios.
Dirección General de Servicios de Salud.

Forma 4: informe mensual de consulta general y
emergencias. D.G.S.S.

Forma E H-3: movimientos hospitalarios, servicios internos.
D.G.S.S.

Registros clínicos de los pacientes a estudiar.

Boletines epidemiológicos proporcionados por la Dirección
General de Servicios de Salud.

Libros de texto de literatura médica.

METODOS:

Consulta a las formas 182 y 4 para seleccionar los casos.

Consulta a la forma E H-3 para conocer el movimiento
interno de pacientes.

Revisión y análisis de las papeletas de los pacientes a
estudiar con base en los parámetros establecidos.

Consultas personales a médico asesor y revisor, así como a
entidades relacionadas con el problema.

Consultas bibliográficas.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Para cumplir con los objetivos propuestos en el presente trabajo, se revisó un total de 432 casos en el Diagnóstico de Fiebre Tifoidea distribuidos en la forma siguiente:

CUADRO No. 1

	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
1977													
por													
Ext.	2	4	8	10	2	2	3	1	2	4	3	5	46
por													
a	10	4	15	7	4	12	6	15	16	12	11	14	126
1978													
por													
Ext.	2	0	1	2	1	1	0	8	16	12	14	5	62
por													
a	18	2	10	14	5	10	7	21	24	53	18	16	198
Total	32	10	34	33	12	25	16	45	58	81	46	40	432

En el cuadro No. 1 se puede observar que en el año 1977 se diagnosticó un total de 172 casos. Correspondiendo 46 casos a la consulta externa y emergencia, 123 por pacientes hospitalizados y 3 defunciones.

En este año ingresaron a los diferentes servicios de medicina un total de 2415 pacientes, correspondiendo a los ingresos por Fiebre Tifoidea un 7.12o/o.

En 1978 se diagnosticó un total de 260 casos,

correspondiendo 62 a la consulta externa y emergencia. 190 a pacientes hospitalizados y 8 defunciones. En este año los ingresos fueron de 2374 pacientes, de donde el porcentaje correspondiente a la Fiebre Tifoidea fue de 10.95o/o.

Asimismo este cuadro también nos demuestra que en los meses de Agosto a Diciembre de 1978 hubo un aumento considerable de casos, siendo el mes de Octubre el de mayor alza.

DISTRIBUCION POR EDADES

CUADRO No. 2

EDAD	No. CASOS	o/o
0-10 años	84	25.93o/o
11-20 años	150	46.29o/o
21-30 años	36	11.11o/o
31 a más	54	16.66o/o
TOTAL	324	100.00o/o

ANALISIS: El mayor número de casos correspondió a las edades comprendidas entre 11-20 años. Siguiéndole en orden de frecuencia las edades entre 0-10 años. Esto confirma lo reportado por la literatura médica al decir que es la niñez y los adultos jóvenes los más afectados por esta entidad patológica.

DISTRIBUCION POR EDADES

CUADRO No. 3

SEXO	No. CASOS	o/o
MASCULINO	174	53.70o/o
FEMENINO	150	46.30o/o
TOTAL	324	100.00o/o

Fué el sexo masculino el más afectado, aunque la diferencia con el sexo femenino es poco significativa.

PROCEDENCIA

CUADRO No. 4

JUTIAPA	186 casos	57.00o/o
QUESADA	30 casos	9.25o/o
ASUNCION MITA	18 casos	5.55o/o
RESTO DE MUNICIPIOS	75 casos	23.58o/o
OTROS DEPARTAMENTOS	15 casos	4.62o/o
TOTAL	324 casos	100.00o/o

El mayor número de casos procedieron de la cabecera departamental. Siguiéndole en orden de frecuencia los municipios de Quesada y Asunción Mita. Correspondiéndole al resto de municipios un total de 75 casos y a otros departamentos un total de 15 casos.

MORBILIDAD

Del total de casos ingresados a los servicios de medicina, que fueron 4789 para los dos años estudiados, correspondieron a la fiebre tifoidea un total de 432 con diagnóstico de ingreso, haciendo un 9.02o/o.

Asimismo al revisar los cuadros estadísticos de la Dirección General de Servicios de Salud, se estableció que la Fiebre Tifoidea no está entre las 10 principales causas de morbilidad en el departamento de Jutiapa.

MORTALIDAD

Se encontró 11 casos de defunción atribuidos a la Fiebre Tifoidea, que del total de 432 pacientes con diagnóstico de ingreso, le corresponde un 2.54o/o a esta entidad patológica, para la presente fase del trabajo es necesario hacer ver que únicamente se tomo en cuenta a los pacientes con impresión clínica de Fiebre Tifoidea que fueron hospitalizados; debido a que sólo en ellos era factible la revisión de sus fichas clínicas. El total de estos casos fué de 324, por lo que todas las operaciones estadísticas se efectuaron en base a este número.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

CUADRO No. 5

	No. Casos	o/o
Fiebre Tifoidea:	237 casos	73.14o/o
F.T. más Paludismo:	36 casos	11.11o/o
F.T. más otras entidades:	18 casos	5.56o/o
Otras entidades distintas a F.T.:	33 casos	10.18o/o
TOTAL:	324 casos	100.00o/o

De este cuadro lo más importante es hacer notar que la asociación más frecuente de diagnósticos fue de F.T. y Paludismo. Y que de los 33 casos que ingresaron con diagnóstico distinto a F.T. las entidades más frecuentes fueron: Tuberculosis pulmonar, BNM, infección urinaria, Geca y parasitismo intestinal. Haciéndose diagnóstico posteriormente de F.T. por medio de laboratorio.

FUNDAMENTOS ANAMNESICOS Y CLINICOS.

Se comprobó que prevalecieron los síntomas de Cefalea, Fiebre, Dolor Abdominal y malestar general; con un tiempo de evolución que fluctuó entre 2 a 15 días.

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: Fiebre de 38 a 40 grados C., Pulso Radial generalmente aumentado en relación a lo normal y dolor abdominal difuso. En tres casos se encontró signos francos de abdomen agudo ingresándolos con impresión clínica de perforación Intestinal.

LABORATORIO

CUADRO No. 6

	No.	o/o	No.	o/o
WIDAL:			222	68.00o/o
Positivos:	162	72.9o/o		
Negativos:	60	27.1o/o		
SIN LABORATORIO:			102	31.48o/o
TOTAL:	222	100.0o/o	324	100.00o/o

Al analizar este cuadro se puede observar que de los 324 pacientes diagnosticados, únicamente a 222 se les efectuó prueba

de Widal, obteniéndose 162 resultados positivos que equivalen a un 72.9o/o y 60 resultados negativos para un 27.1o/o. Llama la atención que un 31.48o/o de estos casos no se les efectuó ninguna prueba de laboratorio.

Se determinó también que a 96 pacientes se les efectuó otras pruebas de laboratorio entre las que se puede citar: heces, orina, hematología y gota gruesa. (Algunas combinadas con el Widal y otras no).

EVOLUCION CLINICA

Este parámetro no se pudo efectuar en forma adecuada por lo que las historias clínicas no presentaron mayores datos que ayudaran a conocer el grado de evolución clínica.

COMPLICACIONES

Se logró establecer que las complicaciones más frecuentes fueron en su orden: perforación tífica, septicemia y problemas pulmonares como BNM e IRS.

TRATAMIENTO

Se determinó que en el 100o/o de los pacientes se utilizó el CLORANFENICOL, a dosis comprendidas entre 2 a 6 gramos al día, según la edad y el estado particular de cada paciente. La vía de administración en la mayoría de los casos fue Oral.

El antiperético-analgésico mayormente asociado al Cloranfenicol fue la aspirina y en menor frecuencia la Neomelubrina.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

En el 68o/o de los casos el diagnóstico definitivo fué de Fiebre Tifoidea. El 17o/o egresó con otros diagnósticos dentro de los que prevaleció el de PALUDISMO. En el 15o/o se asoció la F.T. con otras entidades, como: Infección urinaria, GECA, BNM y parasitismo intestinal. Además se comprobó por laboratorio 3 casos de Fiebre Paratifoidea.

CONCLUSIONES

1. La Fiebre Tifoidea no se encuentra entre las 10 principales causas de morbilidad de los ingresos hospitalarios.
2. Existió un aumento significativo de casos en el año 1978 en relación al anterior. Correspondiéndole al mes de Octubre la mayor alza.
3. La población más afectada fué la correspondiente a niños y adultos jóvenes.
4. El sexo mayormente afectado fué el masculino.
5. Fué la cabecera departamental la que reportó mayor número de casos.
6. La morbilidad corresponde a un 8.51o/o
7. La mortalidad corresponde a un 2.69o/o
8. El diagnóstico diferencial mayormente asociado a la Fiebre Tifoidea es el Paludismo.
9. La sintomatología referida con más frecuencia por los pacientes fué: Cefalea, Fiebre, Malestar General y dolor abdominal.
10. La perforación intestinal fué una de las complicaciones mayormente observadas.
11. De las pruebas específicas de laboratorio para el diagnóstico de Fiebre Tifoidea; únicamente se recurrió a la reacción de Widal.

12. No se practicó ningún cultivo en el 100o/o de los casos. Y en el 31o/o no se efectuó ninguna prueba de laboratorio.
13. Con mucha frecuencia no se pudo determinar la evolución clínica.
14. El Cloranfenicol sigue siendo el antibiótico de elección para F.T.
15. En la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo se efectuó por laboratorio.
16. Los criterios clínicos para el diagnóstico de Fiebre Tifoidea no fueron bien considerados en un alto porcentaje.
17. En muchos casos se instituyó tratamiento específico para Fiebre Tifoidea sin tener suficientes bases clínicas ni pruebas de laboratorio concluyentes.
18. El plan terapéutico se concentra únicamente al aspecto curativo, dejando a un lado el aspecto profiláctico.
19. No existe un adecuado seguimiento de los casos.
20. Siendo la Fiebre Tifoidea una entidad patológica de gran importancia epidemiológica no se le dá la atención debida.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. A pesar de que la Fiebre Tifoidea no ocupa primeros lugares entre las causas más frecuentes de morbilidad en el departamento de Jutiapa, dadas sus características generales y epidemiológicas, deberá dársele mayor importancia, haciendo énfasis en el aspecto preventivo.
2. Elaborar protocolos que ayuden a clarificar y unificar conceptos sobre la elaboración de las historias clínicas, así como mejorar la evaluación, evolución y seguimiento de los casos.
3. Trabajar en colaboración estrecha con el departamento de epidemiología de la D.G.S.S., para mejorar las posibilidades diagnósticas por medio del laboratorio.
4. Estimular al personal médico a que efectue un seguimiento adecuado de estos casos, para mejorar los aspectos correspondientes a: detección de contactos, fuentes de contaminación y portadores activos.
5. Insistir en los diferentes aspectos de PREVENCIÓN, pues de ello depende en gran parte, la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad.
6. Invitación a las autoridades hospitalarias a que unan esfuerzos con las autoridades del Centro de Salud y las del departamento de epidemiología de la D.G.S.S., para poder mejorar en todos los aspectos, la atención, detección y manejo de los casos REALES de Fiebre Tifoidea.

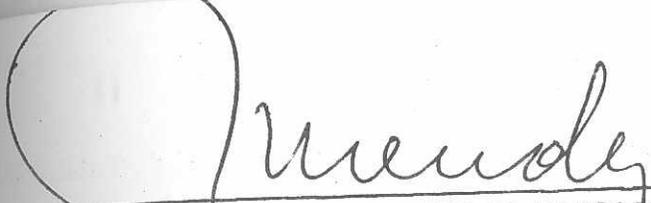
BIBLIOGRAFIA

1. Brodie, S., et. al.: Effect of Trimetroprim sulfametoxazole on Typhoid and Salmonella Carrier. British Medical Journal, Agust. 1970.
2. Cecil Loeb., et. al.: Tratado de Medicina Interna. México, D.F. Editorial Interamericana, S.A., 1972.
3. Harrison. y Col.: Medicina Interna, México, D.F. La Prensa Médica, 1974. 2297 págs.
4. González C., C.L.: Boletín epidemiológico I-No. 1. Guatemala, C.A. Julio 18, 1977. 9 págs.
5. Jawetz, E. y Col.: Manual de Microbiología Médica. México 11, D.F. El Manual Moderno, S.A., 1973. 617 págs.
6. Kempe, C.H. y Col.: Current Pediatric Diagnosis and Treatment. Los Altos California. Longe Medical Publications., 1974. 1020 pags.
7. Krupp, M.A. y Chatton, M.J.: Diagnóstico Clínico y tratamiento. México 11, D.F. El Manual Moderno, S.A., 1978. 1274 págs.
8. Mascaró, J.M. y Porcar.: Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Barcelona, España Salvat Editores, S.A., 1977. 1073 págs.
9. Nelson, W.E. y Col.: Tratado de Pediatría Barcelona, España. Salvat Editores, S.A., 1973.
10. O.P.S. y O.M.S.: El Control de las Enfermedades

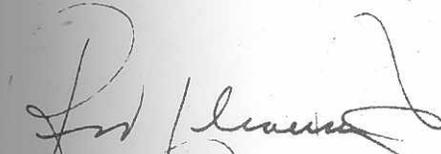
Transmisibles en el Hombre. New York, N.Y. Publicación científica No. 252, 1974. 429 págs.

11. Robbins, S.L.: Tratado de Patología. México. D.F., Talleres BDEMEX, S.A., 1973. 1332 págs.

12. Silver, H.K. y Col.: Manual de Pediatría. México 11, D.F., El Manual Moderno, S.A. 1977. 789 págs.



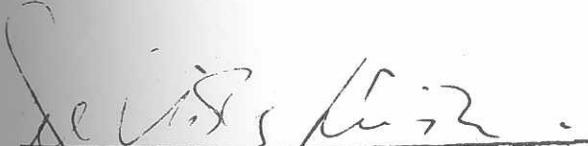
Dr. JULIO CESAR MENDÉZ MARROQUÍN



Asesor Dr. RODOLFO LLERENA V.



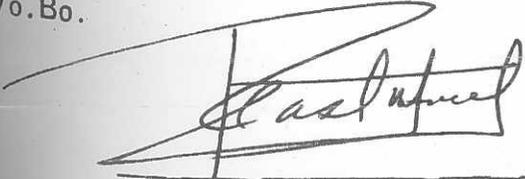
Revisor Dr. PAULO SILVA P.



Director de Fase III
Dr. Julio de León Méndez



Secretario General
Dr. PAUL A. CASTILLO RODAS.

Vo.Bo.


Decano
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.