The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield, standing between two classical columns. Above the knight is a crown. The Latin motto "PLUS ULTRA" is inscribed on a banner held by the knight. The outer ring of the seal contains the text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS" at the top and "FUNDATA 1690" at the bottom. The text of the title is overlaid on the seal.

"PERFORACION INTESTINAL POR FIEBRE TIFOIDEA"
ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE CUILAPA, SANTA ROSA, DURANTE EL
PERIODO DE ENERO DE 1978 A
DICIEMBRE DE 1980.

ERNESTO RIVAS CASTELLANOS

Guatemala, abril de 1985

I N D I C E

1. Introducción.
2. Definición.
3. Objetivos.
4. Generalidades.
5. Material y Métodos.
6. Presentación y Datos.
7. Representación Gráfica.
8. Análisis e Interpretación de Resultados
9. Conclusiones.
10. Recomendaciones.
11. Bibliografía.

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

La Fiebre Tifoidea es una enfermedad endémica de alta incidencia en nuestro país, teniendo, según investigaciones, alta mortalidad cuando aparece una de las complicaciones más temidas: "LA PERFORACION INTESTINAL".

En las grandes extensiones rurales, las cuales carecen de medios higiénicos adecuados como lo son agua potable, letrinización, drenajes, y elementos para la salud como falta de buen método para el control de portadores, es donde llega a ocupar un lugar importante la FIEBRE TIFOIDEA.

Por ello, tuve la inquietud de realizar un trabajo analítico sobre dicha complicación, su morbi-mortalidad, su tratamiento quirúrgico y médico, y las complicaciones posteriores a dicho tratamiento.

Para ello, realicé un estudio retrospectivo de tres años desde el 1o. de enero de 1978 al 31 de diciembre de 1980 en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, tomando como fuente de información los datos contenidos en los archivos de dicha institución hospitalaria en las papeletas de control de los pacientes.

2. PERFORACION TIPIFICA

Es una perforación intestinal que generalmente se localiza a nivel de Ileon Terminal, producida por tumefacción e inflamación y necrosis a nivel de las placas de Peyer de Ileon, secundaria a una invasión de esta región por el llamado Salmonella Typhi. (1, 3, 7, 9, 10, 12, 13).

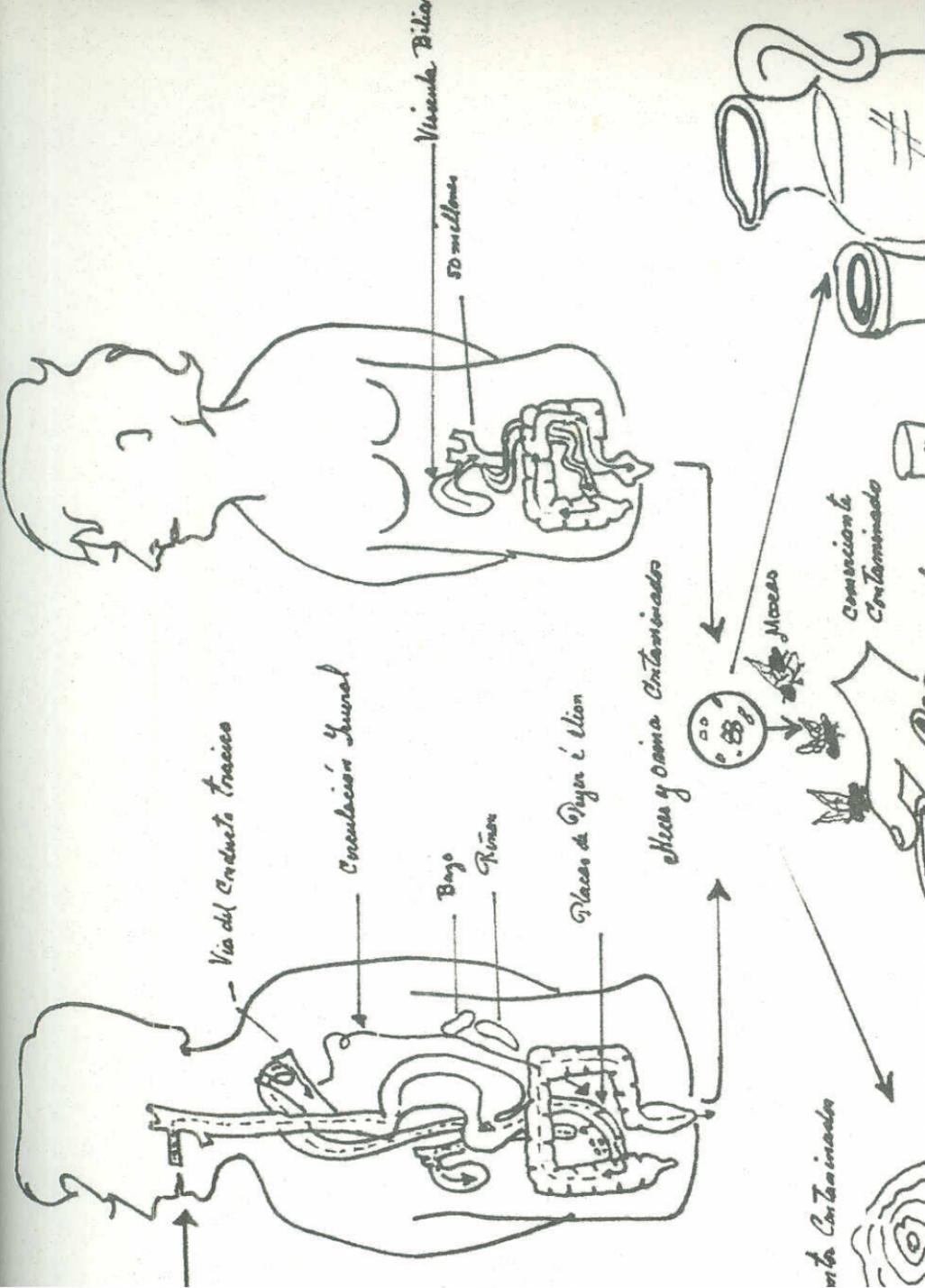
OBJETIVOS

Generales

1. Conocer la tasa de perforación intestinal por F.T.
2. Conocer la Morbi-Mortalidad de esta complicación - en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa.
3. Saber cómo se ha tratado este problema en dicho hospital.

Específicos

1. Conocer el Grupo Etáreo y Sexo más afectado por perforación intestinal por F.T.
2. Determinar mediante la revisión, cuál ha sido el - manejo de dichos pacientes, así como su evolución.
3. Conocer las complicaciones post-operatorias más fre- cuentes.
4. Mejorar el conocimiento actual en el médico, para - el manejo de los pacientes con perforación tífica in- testinal, hospitalizados.



- 1,646: WILLIS (Médico Inglés) describió por primera vez la sintomatología de la F.T. (1, 11)
- 1,804: PORST: describió los hallazgos anatomopatológicos (9, 12)
- 1,811: BRETONEAU, PETIT Y SERRES: Observaron abscesos en el intestino delgado, llamándolos DEOTINOTERITIS. (9, 11, 12)
- 1,829: LOUIS en 158 casos, describió hallazgos que incluían lesiones intestinales, adenopatía mesentérica, esplenomegalia, manchas rosadas, hemorragia intestinal y finalmente perforación intestinal. (9, 11, 12)
- 1,836: WILLIAM GERHARD (Filadelfia) presentó la primera diferencia clara entre el tifus y la F.T.
- 1,856-1,870: BUDD (Médico Inglés) sugiere que es una enfermedad contagiosa, indicando la importancia de la diseminación por personas infectadas.
- 1,880: EVERTH describió el bacilo, lo aisló en frotis de intestino delgado y bazo.
- 1,880: PATEUR: Señaló como posible agente etiológico la bacteria descubierta por el Dr. Eberth.
- 1,884: GAFFKY: Obtuvo los primeros cultivos positivos.
- 1,885: PFEFFER: Aisló el germen en muestra de material fecal.
- 1,896: WIDAL. Describió la prueba para demostrar la presencia del anticuerpo somático en el suero de los enfermos.

1,900: SCHOTTMULLER: Efectuó el primer hemocultivo.
(9, 11, 12)

1,771 a 1,773: En Guatemala: Se describió la Fiebre Adominal y en 1,883 se reportaron 20 casos de F.
(12)

FIEBRE TIFOIDEA:

Causado por: S. typhi, Bacilo Gram-negativo. (8)

Características: Fiebre, Cefalea, Apatía, Tos, Postración
Esplenomegalia.

Exantema Maculopapuloso y Leucopenia.

EPIDEMIOLOGIA: Fuente última paciente con F.T. o un portador. Los portadores eliminan gran número de Salmonella typhi por heces, orina y vómitos. El bacilo de la F.T. sobrevive durante semanas en el agua, el hielo, el polvo y residuos secos.

Las moscas transmiten la infección.

Los mariscos pueden estar infectados por aguas contaminadas con desagües.

PATOGENIA: Fuente de entrada tubo digestivo, llegan al intestino, luego a la sangre atrapados por los linfáticos del intestino delgado y producen bacteremia, la cual desaparece al ser captados los gérmenes por células reticulo-endoteliales de hígado, bazo, médula ósea y ganglios linfáticos. Aquí se multiplican y son evacuados hacia el torrente sanguíneo durante varios días.

INCUBACION: Corresponde a la fase de invasión del intestino y la multiplicación intracelular de los fagocitos. Durante la fase de bacteremia siempre se produce infección de los linfáticos, donde se multiplican también, produciendo

pueden producir síntomas de colecistitis. La dosis infecciosa de S. typhi depende de muchos factores; 10 ó 100 bacilos podrían iniciarla. Se ha supuesto que las endotoxinas de la S. typhi son la causa de las manifestaciones clínicas de la F.T. Esto se ha observado posteriormente de inyectar endotoxinas bacterianas (período de incubación es de a 14 días). (1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

ANATOMIA ATOLOGICA: Proliferación de grandes células mononucleares provenientes del tejido retículo-endotelial. La participación de tejido linfoide principalmente de las placas de Peyer en el Ilion Terminal origina necrosis y úlceras. La erosión de los vasos sanguíneos puede causar hemorragia intestinal. Las lesiones pueden limitarse a mucosa y sub-mucosa. La curación de las lesiones no origina cicatriz apreciable ni estenosis.

HIGADO: Hepatomegalia, edema y zonas fáciles de necrosis.

BAZO Y GANGLIOS MESENERICOS: Aumentados de tamaño e hiperplasia de células retículo-endoteliales.

Es frecuente la bronquitis y no rara la neumonía.

Las lesiones cutáneas al microscopio revelan infiltración de células cutáneas redondas y congestión vascular. (1, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13)

DATOS DE LABORATORIO

HEMATOLOGIA:

Anemia Normocítica, Leucopenia con ausencia de eosinófilos. Esto ha sido la clave del diagnóstico en nuestro medio.

HOOK: En 1,970 encontró con frecuencia que el recuento puede ser normal.

con F.T. Algunos autores afirman que la leucocitosis ocurre poco después de la perforación (ver más adelante).

ORINA: ALBUMINURIA: Se puede aislar S. typhi en el 25% de pacientes en la tercera y cuarta semanas.

HECES: Se puede aislar en cualquier etapa de la enfermedad la S. typhi pero la máxima frecuencia de resultados positivos es durante la tercera, cuarta y quinta semanas. En la sexta semana comienza a disminuir durante la sexta semana.

Puede aislarse S. typhi en el 3% de pacientes, los cuales siguen eliminándola por más de un año.

Según MANSON-BAHR, el diagnóstico de F.T. puede ser falaz basándose únicamente en el aislamiento de S. typhi por coprocultivo, ya que un portador sano que presente fiebre por otra causa induciría a error diagnóstico.

HEMOCULTIVO: Positivo en el 90% de los pacientes en la primera semana y en el 50% al final de la tercera semana.

MIELO CULTIVO: Positivo durante la primera semana, es considerado como el más eficaz medio de confirmación de la F.T. y por ende, de la perforación TIPIFICA; además permite aislar el agente etiológico, aún después de haber desaparecido en otras partes del cuerpo.

SCHLACK y otros encontraron mayor porcentaje de positividad por este método que por cultivo de sangre.

REACCION WIDAL: Positivo en la segunda semana, consiste en la determinación del aumento del título de aglutinina contra antígenos somáticos (O) y flagelares (H) de la S. typhi.

Se dice que un título de anticuerpos O somático de 1:60 es diagnóstico presuntivo de F.T. y en aumento es casi DIAGNOSTICO.

de F.T. se ordena la prueba Widal y sin embargo, ya se ha demostrado que en muchas partes del mundo y en nuestro medio ese método diagnóstico no es específico en una sola determinación, debido a que miles de anticuerpos circulantes por infecciones causadas por salmonellas, los cuales tardan en aparecer o ya están presentes por infección previa, vacunación y otras enfermedades, dan datos falsos positivos y para una adecuada interpretación, habría que repetir la prueba una semana más tarde con el objeto de ver si hubo elevación de anticuerpos en títulos cuatro veces mayor que el valor inicial y así retrospectivamente decir que hubo una infección por esos gérmenes.

Esta es una prueba cara, que aún cuando puede aplicarse en cualquier ambiente, no es específica.

Reporta además, que estudios controlados demuestran que la población sana puede presentar aglutinación con antígeno O y H en títulos que pueden llegar hasta 1:320 en el 18% de los casos.

Por datos que pude recabar, aún con lo anteriormente dicho, siempre realizan un segundo Widal a los pacientes con sospecha de F.T." (6)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Período de incubación de 8 a 14 días, o 5 días a 5 semanas. Comienzo gradual con anorexia, letargia, malestar, cefalea, molestias y dolores generales y fiebre. Además, diarrea o constipación epistaxis.

PRIMERA SEMANA: Fiebre remitente, aumentando poco a poco. La 3a. parte de los pacientes tienen tos no productiva y el 10% epistaxis. Dolores abdominales bajos. Frecuente el estreñimiento, más que la diarrea en el 20%.

SEGUNDA SEMANA: Temperatura, menos tendencia a ser remitente, frecuente diarrea; puede haber sangre en heces.

es en la segunda y tercera semana donde pueden presentarse los signos característicos de F.T. El paciente tiene aspecto grave, cara letárgica, de torpeza e inexpresiva. - Estado mental desde la normalidad a la confusión crónica o delirio. El pulso no puede ser tan rápido como correspondería a la temperatura. Pueden haber roncus o estertores húmeros difusos como manifestaciones de bronquitis. - El bazo se palpa blando en el 75% de los pacientes. (1, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13)

TRATAMIENTO

CLORANFENICOL: Desde 1948 se ha usado con muy buenos resultados, a dosis de 50 mg. por kg de peso corporal. (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13) Según la Dra. Edith Vizcarra (Médico del Perú)(1) en estudio realizado, la sensibilidad es de 86.4%.

El tratamiento se da por vía oral o intravenosa, dependiendo del estado del paciente, DOSIS 50 mg por kg de peso en 24 horas, divididas en 3 ó 4 dosis (o sea cada 6 u 8 horas) durante 14 días.

AMPICILINA: Aunque la experiencia acumulada indica que los pacientes no responden con tanta uniformidad como con el Cloranfenicol, la dosis es de 50 a 100 mg por kg de peso en 24 horas, divididas en 4 dosis (IV o PO).

ESTEROIDES: Según Harrison, en pacientes gravemente enfermos, pasan 3 a 4 días una vez instituido el cloranfenicol antes de que desaparezcan la toxemia y la fiebre. Este intervalo puede acortarse en forma apreciable si se combina con esteroides.

CORTISONA: Dosis de 200 a 300 mg. diarios.

(1) Tx infecciones graves: Folleto de la Reunión Interna

PREDNISONA: Dosis de 40 a 50 mg. diarios.

Según refiere el autor, tres días con este tratamiento son suficientes. Investigadores europeos han comunicado un síndrome de "CHOQUE TIFOIDICO" después de un tratamiento con cloranfenicol, que según ellos se debe probablemente a la liberación excesiva de endotoxinas y los esteroides ejercían un efecto protector. Se reservarán los casos que se acompañan de toxemia TIFICA grave.

TRATAMIENTOS DE SOSTEN: Para complementar el Tx. con antibióticos, reposo en cama hasta la etapa temprana de la convalecencia es esencial. ambulación gradual para evitar la fatiga o esfuerzos indebidos, no se aconsejan laxantes y el uso irracional de enemas por el peligro de perforación o hemorragia.

ANALGESICOS: Son útiles para la cefalea. Deben evitarse los SALICILATOS. Los pacientes con F.T. tienden a mostrar reacciones exageradas a la acción antipirética de estas drogas. La transfusión juiciosa puede salvar la vida de los pacientes afectados, anémicos. (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13)

PERFORACION INTESTINAL: Ocurre en cerca del 3% (3) de los casos no tratados y anteriormente era la causa de muchos decesos; otros mencionan el 4% (10). La perforación se hace generalmente en el Ilio terminal, en la 3a. semana, de preferencia en pacientes con timpanismo, diarrea y hemorragia; puede sobrevenir bruscamente en pacientes que parecían evolucionar favorablemente.

Las placas de Peyer primero presentan edema y finalmente sufren necrosis, formando úlceras ovales que son más numerosas en la porción terminal del Ileo. La ulceración puede ocurrir en el Yeyuno y los folículos linfáticos del ciego y colon. La necrosis de estas lesiones, por lo general durante la tercera semana, de fiebre, da lugar a las complicaciones de hemorragia y perforación intestinal.

ALTERACIONES HISTIOLOGICAS. En el intestino, son: la proliferación de grandes células mononucleadas y el edema. (7, 9, 10, 11, 12, 13)

CUADRO CLINICO

Es típico un dolor repentino e intenso en cuadrante inferior derecho, la distensión abdominal puede aumentar rápidamente, ausencia de la peristalsis, la desaparición de la matidez hepática con timpanismo excesivo es un valioso signo que revela la presencia de aire libre en el abdomen, la palidez, la sudoración viscosa, la taquicardia y la caída de la tensión arterial anuncian un estado de choque inminente; aquí la temperatura es baja y la cuenta leucocitaria alcanza cifras de 9,000 a 13,000.

La perforación puede confundirse con apendicitis, Colectitis aguda, Flebitis de la vena iliaca o simplemente con una exacerbación del dolor abdominal en un paciente debilitado por la F.T.

DATOS DE LABORATORIO:

HEMATOLOGIA cambia, pues presenta elevación de la cuenta leucocitaria de 9,000 a 13,000. (3, 5, 7, 9, 10, 12, 13)

COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO, MIELOCULTIVO, WIDAL

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

Radiografía de tórax con el paciente de pie: demuestra neumoperitoneo por debajo del hemidiafragma derecho.

RX Abdomen Simple: signos de líquido intraperitoneal, así como gas libre.

TRATAMIENTO DE LA PERFORACION INTESTINAL POR F. T.

tratamiento médico puede solucionar el problema.

QUIRURGICO:

TECNICAS UTILIZADAS:

CIERRE PRIMARIO: Si la perforación es pequeña, un punto de seda 000 es usualmente adecuado. Grandes perforaciones deben ser cerradas por medio de una línea de sutura en dos planos, el primero con catgut continuos y separados de Lembert (con seda) el segundo. Dos perforaciones adyacentes pueden ser cerradas por medio de una incisión entre las perforaciones, de modo que quede una perforación mayor cerrándola en dirección transversal siempre.

PARCHE DE EPIPLON O DE GRAHAM: Se reseca una pequeña porción de epiplon que se sutura sobre una perforación. Este siempre debe estar asociado a cierre primario.

ILIOSTOMIA PROXIMAL: Procedimiento que pretende hacer una exclusión de la porción intestinal perforada. Es de muy difícil manejo por complicaciones hidroelectrolíticas.

EXTERIORIZACION INTESTINAL: Procedimiento que ha sido desechado. (9, 13)

ILIOTRANSVERSO-COLOSTOMIA: Consiste en realizar una desfuncionalización temporal del ilio perforado, haciéndose una resección en ilio a una distancia de un metro del ángulo ileo-cólico con sutura previa transversal simple, con o sin parche de epiplon de las perforaciones presentes. Después de la resección de Ileo, se realiza una sutura con muñón en el extremo del segmento dañado, quedando éste por consiguiente en reposo; luego, el extremo del otro cabo se lleva a colon transverso y se realiza anastomosis isoaxial. De esta forma, el contenido del intestino delgado pasará a colon transverso. Posteriormente, el paciente sometido a este procedimiento deberá ser reintervenido quirúrgicamente para realizarle una reconstrucción del tránsito intestinal. Este se logra mediante la desfuncionalización de la anastomosis.

MIA TERMINO-TERMINAL con el cabo que había quedado con muñón con el cabo que quedó en el colon transverso. Se recomienda llevar a cabo este procedimiento unos seis meses después de la primera intervención. (9, 12, 13)

ANTIBIOTICOTERAPIA:

Se sigue usando CLORANFENICOL a dosis de 50 mg. por kg de peso en 24 horas IV y luego P.O. Es y ha sido el de elección. (1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13). El Dr. Lea de Rosal, en reciente conferencia aconseja que cuando se abra intestino se deje metronidazol más aminoglucósido; esto le ha dado muy buenos resultados. Además, el lavado mecánico amplio con 10 a 15 litros de solución salina es suficiente para evacuar las bacterias. (1)

HIPERALIMENTACION ENDOVENOSA:

Actualmente en estudio en el IGSS, consiste en un sistema de alimentación endovenosa para dejar en reposo cuando se trata de problemas gastrointestinales, utilizan los nutrientes para ello. La mezcla nutritiva básica es una solución hipertónica, aproximadamente seis veces más concentrada que la sangre.

COMPOSICION BASICA: 20 a 25% de Dextrosa y 4 a 5% de hidrolizados protéicos o aminoácidos cristalizados. Brinda alrededor de 5.25 a 6 gramos de nitrógeno, equivalentes a 32.5 a 37.5 gramos de proteína y aproximadamente 900 a 1,000 calorías por litro. La mezcla base puede ser formulada a granel a partir de soluciones parenterales disponibles en el comercio por un farmacéutico o técnico especializado y adiestrado o en unidades individuales por personal adiestrado utilizando técnicas asépticas estrictas para la mezcla.

En la actualidad hay equipos para la alimentación pa

(1) Tx actual de las infecciones graves: Folleto de la Reunión Internacional efectuada en la Escuela de Medicina

MATERIAL Y METODOS

parenteral que poseen los componentes básicos de la solución, aparatos de transporte y tubos de administración, - lo cual aumenta la inocuidad, la disponibilidad y facilidad para formular mezclas de los nutrientes.

Aunque las soluciones base poseen cantidades de minerales esenciales, los aditivos electrolíticos deben hacerse inmediatamente antes de la inyección para satisfacer las necesidades nutritivas y metabólicas de la mayoría de los pacientes.

Indicación del uso de alimentación parenteral:

- Inhabilidad de utilizar el tracto gastro-intestinal.
- Anticipación de inhabilidad del uso del tracto gastro-intestinal.
- Minimizar la actividad gastro-intestinal.

Los resultados actuales han sido satisfactorios, pero este método aún está en estudio. Además de ser caro en su costo, representa muchos gastos adicionales debido a que hay que monitorizar al paciente y tener recursos en los laboratorios de los hospitales. Algunos de los laboratorios solicitados deben efectuarse diariamente y hay que ir balanceando los nutrientes que el paciente va necesitando y las cantidades aproximadas de los mismos." (4)

CUADRO DE DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO
Y SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL
PERIODO DE ENERO DE 1978 A
DICIEMBRE DE 1980

<u>EDAD</u>	<u>MASCULINO</u>	<u>FEMENINO</u>	<u>TOTALES</u>
00-10 años	1	1	1
11-20	1	1	2
21-30	2	1	3
31-40	1	1	2
41-50	<u>1</u>	-	<u>1</u>
TOTALES	<u>6</u>	<u>4</u>	<u>10</u>

Fuente: Papeletas, libro de sala de operaciones y archivo del Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa.

Según la tabla No. 1 en lo que respecta a la distribución etárea, corresponde la mayor incidencia a las edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, mientras que en lo relativo al sexo, fue en el masculino donde se encontró la mayor frecuencia de perforaciones intestinales reportadas. Aunque estadísticamente no tiene validez por el número tan pequeño de pacientes, hay que hacer la observación de que existe alguna diferencia no significativa en lo que respecta al sexo.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR LUGAR DE
 PROCEDENCIA DE LA POBLACION
 ESTUDIADA EN EL PERIODO DE
 ENERO DE 1978 A
 DICIEMBRE DE 1980

<u>MUNICIPIO</u>	<u>CANTIDAD</u>
Barberena	2
Ixhuatán	1
Santa Rosa de Lima	3
San Rafael Las Flores	1
Santa Cruz Naranjo	1
Los Esclavos	1
Jutiapa	<u>1</u>
TOTALES	10 ==

El lugar de procedencia de donde se atendió mayor número de pacientes con perforación intestinal por F.T. fue SANTA ROSA DE LIMA, con tres pacientes; le sigue el municipio de BARBERENA con dos y luego, como puede observarse en el cuadro, los demás municipios: IXHUATAN, SAN RAFAEL LAS FLORES, SANTA CRUZ NARANJO, LOS ESCLAVOS y JUTIAPA con un paciente cada uno.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR PROFESION U
 OFICIO DE LA POBLACION ESTUDIADA EN
 EL PERIODO DE ENERO DE 1978 A
 DICIEMBRE DE 1980

<u>PROFESION U OFICIO</u>	<u>CANTIDAD</u>
Jornalero	3
Estudiante	3
Agricultor	2
Oficios Domésticos	<u>2</u>
TOTALES	<u>10</u> <u>==</u>

El grupo más afectado, respecto a profesión u oficio, fue el que corresponde a JORNALEROS Y ESTUDIAN-
 TES, con tres pacientes cada uno. Los grupos corres-
 pondientes a AGRICULTORES y OFICIOS DOMESTICOS
 reportaron dos pacientes cada uno.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR MOTIVO DE
CONSULTA DE LA POBLACION ESTUDIADA
EN EL PERIODO DE ENERO DE 1978 A
DICIEMBRE 1980

<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>	<u>CANTIDAD</u>
Dolor abdominal	4
Dolor abdominal, Diarrea, Fiebre, Cefalea	2
Dolor abdominal, Tos con sangre, Fiebre, Estreñimiento	1
Dolor abdominal, Fiebre, Náusea, Vómitos	1
Dolor abdominal, Fiebre	1
TOTAL	<u>10</u> ==

Según el cuadro anterior, el motivo de consulta que más presentaron los pacientes estudiados fue dolor abdominal, con cuatro casos, siguiéndole el acompañado de diarrea, fiebre, cefalea con dos casos. Luego, el acompañado con tos con sangre, fiebre y estreñimiento, el acompañado de fiebre, náusea y vómitos y el que va con fiebre únicamente, que presentaron un caso cada uno.

Esto confirma que el dolor abdominal es uno de los síntomas de gran significado clínico.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR SIGNOS VITALES
AL INGRESO DE LA POBLACION ESTUDIADA EN
EL PERIODO DE ENERO 1978 A
DICIEMBRE 1980

<u>TEMPERATURA</u>	<u>CANTIDAD</u>
35-36°	2
36-37°	1
37-38°	1
38-39°	4
39-40°	<u>2</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>==</u>

Como se puede observar en el cuadro de temperatura al ingreso, siete pacientes con perforación Tífica presentaron fiebres, mientras que dos reportaron hipotermias (temperaturas bajo 36°C).

CUADRO DE DISTRIBUCION POR PULSO RADIAL,
DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL
PERIODO DE ENERO DE 1978 A
DICIEMBRE 1980

<u>PULSACIONES</u>	<u>CANTIDAD</u>
60-80x'	3
90-110x'	4
120-140x'	2
150-170x'	<u>1</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>=</u>

Siete de los pacientes con perforación tífica tenían el pulso acelerado.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR PRESION ARTERIAL,
DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO
DE ENERO DE 1978 A DICIEMBRE 1980

<u>P/A</u>	<u>CANTIDAD</u>
60/40	1
70/40	1
70/50	1
80/60	1
90/60	3
90/70	1
110/70	1
NO SE TOMO	<u>1</u>
TOTAL	10 ==

Observando el cuadro anterior, se puede decir que ocho de los pacientes presentaron Hipotensión Arterial con presión de 60/40 a 90/70 mientras que sólo uno estaba normotenso y en cuanto al paciente a quien no se le tomó P/A fue una niña de 8 años de edad.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR IMPRESION CLINICA
DE INGRESO, DE LA POBLACION ESTUDIADA EN
EL PERIODO DE ENERO 1978 A
DICIEMBRE 1980

<u>IMPRESION CLINICA DE INGRESO</u>	<u>CANTIDAD</u>
Perforación intestinal por F.T.	4
Fiebre Tifoidea	3
Ilio Paralítico	1
Ulcera de Stress Perforada	1
TB Pulmonar	<u>1</u>
TOTAL	10 ==

El mayor número de pacientes fue ingresado con impresión clínica de perforación intestinal por F.T. (cuatro pacientes). Le sigue el grupo de los que ingresaron con diagnóstico de Fiebre Tifoidea (tres) tomada sólo como diagnóstico; los menos frecuentes fueron Ilio Paralítico, Ulcera de Stress Perforada y TB pulmonar, uno de cada uno.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR LABORATORIO Hb
DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL
PERIODO DE ENERO 1978 A
DICIEMBRE 1980

<u>Hb AL INGRESO</u>	<u>CANTIDAD</u>
8-10 g/100 ml.	1 caso
10-12 g/100 ml.	2 casos
12-14 g/100 ml.	2 casos
No se practicó	<u>5 casos</u>
TOTAL	<u>10 casos</u> =====

Como se observa en el cuadro anterior, a cinco de los pacientes no se les practicó Hb. En los realizados, el mayor número se encontró entre 10-12 g/ml. y 12-14 g/100 ml. con dos de cada grupo y uno de 9.65 g/ml.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR Ht DE INGRESO,
DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO
DE ENERO 1978 A DICIEMBRE de 1980

<u>Ht DE INGRESO</u>	<u>CANTIDAD</u>
30-35%	2
36-40%	-
41-45%	3
46-50%	3
No se realizó	<u>2</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>=</u>

La mayoría de los pacientes presentaron un Ht. entre 41-45% y 46-50%, con tres casos cada uno. El más alto comprendido en el segundo grupo es de 47% (46-50%); le sigue 30-35% con dos casos.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR PRIMER RECUENTO DE
 GLOBULOS BLANCOS DE LA POBLACION ESTUDIADA
 EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO
 DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

	<u>No. DE CASOS</u>
3,001 a 6,000/mm ³	3
6,001 a 9,000/mm ³	4
9,001 a 12,000/mm ³	-
12,001 a 15,000/mm ³	-
15,001 o más	1
NO SE REALIZO	<u>2</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>==</u>

En el primer recuento de Blancos que se realizó a los pacientes, se encontró que cuatro estuvieron comprendidos en las cifras de 6,001 a 9,000/mm³; tres en las cifras de 3,001 a 6,000/mm³; un paciente se encontraba dentro del grupo de 15,001 o más, ya que tenía 18,550/mm³ y además, dos pacientes no lo tenían anotado en la papeleta.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR SEGUNDO RECUESTO
DE GLOBULOS BLANCOS, DE LA POBLACION
ESTUDIADA EN EL PERIODO DE ENERO
DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

	<u>No. DE CASOS</u>
3,001 a 6,000/mm ³	2
6,001 a 9,000/mm ³	-
9,001 a 12,000/mm ³	1
No se sacó	<u>7</u>
TOTAL	10 <u>==</u>

En el segundo recuento de glóbulos blancos, aparecen siete pacientes a quienes no se les encontró otro laboratorio de control en sus papeletas y no hay ninguna anotación al respecto. Dos corresponden al grupo dentro de las cifras de 3,001 a 6,000/mm³ y uno entre 9,001 a 12,000/mm³.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR CONTROL DE WIDAL AL
INGRESO DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL
PERIODO DE ENERO 1978 A DICIEMBRE 1980

En lo que respecta a este laboratorio, solamente se le realizó a un paciente, encontrándose así:

0	1:20		
H	1:20	1:40	1:80

A los otros pacientes no se les realizó Widal. Esto se debió a que, según anotaciones, el laboratorio no cuenta con los medios necesarios.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR RADIOGRAFIAS ANTES
DEL ACTO OPERATORIO, DE LA POBLACION
ESTUDIADA EN EL PERIODO DE ENERO DE
1978 A DICIEMBRE DE 1980

<u>AREA</u>	<u>CANTIDAD</u>
Tórax	3
NO SE SACO	7
Placa vacía de abdomen	9
NO SE SACO	1

Como puede observarse en el cuadro anterior, a siete de los pacientes no se les realizó estudio radiográfico de tórax. En lo que respecta a abdomen, se tomó placa de Rx a nueve de los pacientes.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR HALLAZGOS
RADIOLOGICOS ENCONTRADOS, DE LA
POBLACION ESTUDIADA EN EL
PERIODO DE ENERO DE 1978
A DICIEMBRE DE 1980

<u>HALLAZGOS</u>	<u>CANTIDAD</u>
Niveles líquidos, gas libre, borramiento de psoas	4
Imágen de vidrio despulido, borramiento de psoas	2
Imágen de vidrio despulido, insinuación de psoas derecho	1
Distensión de asas intestinales desplazadas hacia la izquierda, distensión cámara gástrica, lí- quido inter-asas	1
Placa Normal de Abdomen	1
NO SE SACO	<u>1</u>
TOTAL	10 ==

Como puede observarse en el cuadro anterior, en cuatro de las placas vacías de abdomen se encontraron niveles líquidos, gas libre y borramiento de Psoas y otras cuatro de las observadas también son sugestivas de Perforación Intestinal. Una se encontró normal, mientras que a un paciente no se le realizó.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR HALLAZGOS FISICOS
AL INGRESO, DE LA POBLACION ESTUDIADA EN
EL PERIODO DE ENERO 1978 A DICIEMBRE 1980

<u>HALLAZGOS</u>	<u># CASOS</u>
Abdomen en tabla, ruidos intestinales disminuídos, dolor a la palpación	4
Abdomen doloroso a palpación más en fosa ilíaca derecha, puño percusión positiva, ruidos aumentados en frecuencia y número	2
Dolor abdominal, respiración ruda	1
Abdomen semi-globoso, defensa muscular, doloroso, ruidos intestinales disminuidos	1
Abdomen globoso, distendido, dolor a palpación en hipocondrio izquierdo, ruidos intestinales ausentes	1
Dolor abdominal en mesogastrio, ruidos intestinales disminuídos	<u>1</u>
TOTAL	<u>10</u>

Como podemos observar en el cuadro arriba descrito, los hallazgos físicos que más predominaron fueron Abdomen en tabla, Ruidos intestinales disminuídos, presentes en cuatro de los pacientes.

Si observamos los hallazgos físicos, notamos que la totalidad presentó dolor abdominal; le siguen ruidos intestinales disminuídos (2); con esto se confirma que no son si-

CUADRO DE DISTRIBUCION POR TX. ANTIBIOTICO EN
 PRE-OPERATORIO, DE LA POBLACION ESTUDIADA
 EN EL PERIODO ENERO 1978 A DICIEMBRE 1980

<u>ANTIBIOTICO</u>	<u>PACIENTES</u>
Cloranfenicol + Penicilina cristalina	4
Cloranfenicol + Peni-Cristalina + Gentamicina	1
Cloranfenicol + Peni-Cristalina + Metronidiazol	1
Mebendazole + Metronidiazol	1
Ningún antibiótico	<u>3</u>
TOTAL	<u>10</u> ==

Cuatro de los pacientes fueron ingresados con tratamiento antibiótico de CLORANFENICOL + PENICILINA CRISTALINA únicamente. Los que aparecen dentro del grupo "Ningún antibiótico" fueron tres pacientes que ingresaron de la emergencia a sala de operaciones y al revisar sus papeletas, no se encuentra ningún antibiótico anotado anterior a la intervención que se les realizó. El paciente que aparece con los medicamentos METRONIDIAZOL + MEBENDAZOLE fue porque al examen de heces se le encontró TRICOCYCLIFOSIS, AMEBIASIS INTESTINAL y UNCINARIASIS y el que aparece con la combinación CLORANFENICOL, PENICILINA CRISTALINA + METRONIDIAZOL fue porque al examen de heces simple se le encontró amebiasis intestinal.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR TIEMPO DEL INGRESO
DEL PACIENTE HASTA SU OPERACION, DE LA
POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO DE
ENERO DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

<u>PERIODO</u>	<u>PACIENTES</u>
3 a 9 horas	5
10 a 15 horas	1
16 a 21 horas	2
22 a 27 horas	1
más de 27 horas	<u>1</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>==</u>

Cinco de los pacientes fueron operados de 3 a 9 horas después de su ingreso. Dos, de 16 a 21 horas después de su ingreso. Entre los grupos de 10 a 15 horas y de 22 a 27 horas, encontramos uno de cada grupo. En el grupo de más de 27 horas, encontramos una paciente séptica que tardó cuatro días, que fue evaluada por el Departamento de Gineco-Obstetricia, donde diagnosticaron infección pélvica y luego por el Departamento de Medicina que diagnosticó Meningo-encefalitis y DHE severo.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR ANESTESICO USADO DURANTE EL ACTO OPERATORIO, DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO DE ENERO 1978 A DICIEMBRE 1980

<u>TIPO</u>	<u>PACIENTES</u>
Tio-Pental Sódico	<u>10</u>
TOTAL	<u>10</u> ==

A todos los pacientes se les administró TIO-PENTAL SÓDICO (PENTOTAL) anestésico general, más la inhalación de HALOTANE controlada.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR TIPO DE OPERACION PLANEADA, DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO ENERO 1978 A DICIEMBRE 1980

<u>OPERACION</u>	<u>PACIENTES</u>
Laparotomía Exploradora	<u>10</u>
TOTAL	<u>10</u> ==

A todos los pacientes se les practicó una laparotomía exploradora.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR TX. POST-OPERATORIO
 DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO DE
 ENERO DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

<u>TX</u>	<u>PACIENTES</u>
Cloranfenicol más Peni-Cristalina	6
Trimetropin-Sulfametoxazole más Penicilina Cristalina	1
Ampicilina, Cloranfenicol, más Gentamicina más Metronidiazol	2
Cloranfenicol, Penicilina Crista- lina más Gentamicina	<u>1</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>=</u>

Seis de los pacientes recibieron Tx con CLORANFENICOL más PENICILINA CRISTALINA IV después de la operación como únicos medicamentos antibióticos. Si observamos en conjunto, nueve recibieron CLORANFENICOL en combinación con otro tipo de antibiótico: dos recibieron la combinación AMPICILINA, CLORANFENICOL más GENTAMICINA más METRONIDIAZOL (por apareamiento de parásito en heces); uno recibió CLORANFENICOL, PENICILINA CRISTALINA más GENTAMICINA IV y únicamente uno recibió TRIMETROPIN-SULFAMETOXAZOLE mas PENICILINA CRISTALINA IV.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR INGRESOS, DE LA
POBLACION ESTUDIADA DURANTE EL PERIODO
DE ENERO DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

<u>INGRESOS</u>	<u>PACIENTES</u>
ingresados vivos	5
ingresados muertos	<u>5</u>
TOTAL	<u>10</u> <u>==</u>

En cuanto a los egresos, observamos que cinco pacientes
egresaron vivos y cinco fallecieron, aún con el tratamien
antibiótico instaurado; la causa de fallecimiento fue
SEPTICEMIA.

CUADRO DE DISTRIBUCION POR HALLAZGOS
OPERATORIOS ASI COMO PROCEDIMIENTO
REALIZADO, DE LA POBLACION
ESTUDIADA DURANTE EL
PERIODO DE ENERO DE
1978 A DICIEMBRE 1980

<u>HALLAZGOS OPERATORIOS</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.</u>
Perforaciones a Nivel de Terminal	8	7 cierre primario 1 resección y anastomosis de ilio terminal
Perforaciones cercanas a la Iliocecal	2	Cierre primario.
	<u>10</u>	

NOTA: Papeletas de los pacientes con diagnóstico de perforación PERFORACION TIFICA del archivo del Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa.

En el historial de los pacientes se les encontraron perforaciones de ilio-terminal; de éstos, a siete se les realizó CIERRE PRIMARIO de la perforación y a uno se le realizó RESECCION Y ANASTOMOSIS DE ILIO TERMINAL. A éstos se encontraron cuatro perforaciones. Su herida posterior se sangró y hubo dehiscencia e infección; el paciente falleció tres días después, probablemente por reperfusión. En los demás pacientes se les encontraron perforaciones cercanas

CUADRO DE DISTRIBUCION POR LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL POST-OPERATORIO, DE LA POBLACION ESTUDIADA EN EL PERIODO DE ENERO DE 1978 A DICIEMBRE DE 1980

<u>COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO</u>	<u>PACIENTES</u>
Infección y dehiscencia de herida operatoria	2
Septicemia	2
Bradicardia	1
Infección, dehiscencia y hemorragia herida operatoria	1
Shock séptico, hipovolemia, dehiscencia herida operatoria	1
Otras complicaciones	3
TOTAL	10
	==

NOTA: Papeletas con diagnóstico de egreso PERFORACION TIFICA del archivo del Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa.

Este cuadro se relaciona tanto con las complicaciones operatorias como con enfermedades que hicieron su evolución fuese más lenta. Dentro de éstas, como hemos observado en el cuadro de arriba, dos pacientes presentaron INFECCION Y DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA, egresando vivos. Dos pacientes con septicemia fallecieron; de éstos uno ingresó en mal estado nutricional general; fue operado cuatro días después de su ingreso

Encontraron nueve perforaciones en intestino delgado a nivel de ilio terminal, abundante materia fecal; en cuanto a tratamiento antibiótico-terapéutico, sólo se le inició la primera dosis al salir de la sala, falleciendo en servicio de intensivos. Un paciente presentó ARRITMIA CARDIACA y RITMO DE GALOPE; había sido detectado problema cardiaco de arritmia en el Departamento de Medicina, pero se pensó que esto se debía a su mal estado de hidratación; los hallazgos operatorios fueron de una perforación en ilio terminal; sale estupuroso, quejumbroso. Al evaluarlo su problema cardiaco fue más marcado, presentando ritmo de galope. El día siguiente se le ordena cedilanid, falleciendo.

Un paciente presentó INFECCION, DEHICENCIA Y HEMORRAGIA DE HERIDA OPERATORIA. Este paciente fue el que se le encontraron cuatro perforaciones y se le realizó RESECCION Y ANASTOSMOSIS DE ILIO TERMINAL; seis días después se infecta la herida y hay salida de sangre; paciente con hipotensión, falleciendo dos días más tarde.

Un paciente presentó HEMOPTISIS, HIPOVOLEMIA, DEHICENCIA DE HERIDA OPERATORIA. Durante su intervención se encontró una perforación a nivel de ilio-terminal; tres días después inició con vómitos con sangre, entrando en hipovolemia, falleciendo el día 6 post-operatorio.

Se reportaron tres pacientes sin complicación alguna durante el post-operatorio, egresando vivos.

DISCUSION DE RESULTADOS

1. Las causas que determinan que los casos lleguen en malas condiciones generales.

El total de los pacientes presentados en este trabajo son de escasos recursos socio-económicos, por lo que los factores condicionantes más frecuentes son:

- Hacinamiento;
- Nutrición inadecuada;
- Falta de educación sanitaria;
- Falta de asistencia a centros de salud;
- Uso inadecuado de medicamentos respecto a sus dolencias.

2. Cómo influyen estos aspectos en el pronóstico.

Debido a su ignorancia, los pacientes acuden a los hospitales cuando ya la enfermedad está avanzada.

3. Cómo podría mejorarse el pronóstico.

En primer lugar, podría mejorarse si los hospitales contarán con laboratorios más completos, desde los de rutina hasta los más especializados. De todas formas, esto seguirá siendo mal pronóstico, ya que los pacientes asisten tardíamente al centro hospitalario.

Causas de la alta mortalidad:

- Asistencia tardía a centros hospitalarios.
- Desnutrición.
- DHE.
- Uso tardío de antibiótico-terapia.
- Uso de antibióticos inadecuados, según bibliografías revisadas.
- Perforaciones múltiples.

Influencia de los aspectos analizados y que no se encontraron en el pronóstico del paciente (RX y algunos laboratorios).

La mayoría de los diagnósticos fueron determinados por los exámenes rutinarios del hospital, como: recuento de blancos y placa de abdomen vacío. Estos ayudaron en mucho a que el pronóstico no fuera peor.

En qué influye la antibiotico-terapia profiláctica y terapéutica en el pronóstico del paciente.

Esta debe usarse profilácticamente, pues como en toda intervención quirúrgica de intestino, ayudará el pronóstico del paciente. La antibiotico-terapia terapéutica nos ayuda a usar los antibióticos adecuados, como en este caso el Cloranfenicol que, como hemos observado en el transcurso de muchas investigaciones sobre F.T., ha sido el antibiótico de elección.

La muerte no sólo ha sido proporcional a las perforaciones, sino también a la cirugía realizada: mientras menos traumatismo se cause, el pronóstico será mejor (fallecieron los pacientes con 9 y 4 perforaciones).

CONCLUSIONES

1. En la distribución de pacientes por grupo etáreo, quedó comprobado que fueron más afectados los pacientes jóvenes, de 8 años el menor y 40 el mayor.
2. El grupo más afectado es el de nivel socio-económico bajo, debido a falta de educación sanitaria y alimentación pobre, así como a su ignorancia respecto al uso adecuado de las medicinas que ellos se auto-recetan.
3. El motivo de consulta de esta entidad patológica sigue siendo: dolor abdominal, fiebre, diarrea, cefalea, anorexia.
4. A la mayoría de pacientes (7) se les encontró leucopenia. Esto significa que el recuento de blancos sigue siendo de gran ayuda para el Dx de esta entidad patológica.
5. La placa vacía de abdomen sacada a 9 de los pacientes fue de gran ayuda; conjuntamente con síntomas y signos, así como con laboratorios hematológicos, dieron el diagnóstico certero para los medios con que se contaba.
6. En lo que respecta a laboratorios especiales, sólo se contó con un laboratorio a un paciente sin ningún otro control, el cual fue positivo. El Centro Hospitalario de este estudio carece de los medios para tener un laboratorio aceptable.
7. Sólo a 7 de los pacientes estudiados se les dio antibiоticoterapia pre-operatoria. A un paciente se le administraron antiparasitarios por haberse encontrado parásitos en exámenes de heces; a tres no se les determinó sino al momento de intervenir.
8. Por el mal estado general en que se encontraba la ma-

horas después de su ingreso.

9. Todos los pacientes fueron anestesiados con inducción parenteral de tiopental sódico, inclusive un paciente a quien se le detectó ritmo de galope y que no tenía evaluación cardiaca anterior a ésta. Dicho paciente - de 13 años de edad, falleció más o menos 23 horas - después de salir de sala de operaciones.
10. Sólo un paciente fue tratado con trimetropin sultame - toxazole + penicilina cristalina IV. Fue el de 13 años, a quien se le encontró ritmo de galope y arritmia cardiaca frecuente, posterior a la intervención quirúrgica.
11. En cuanto a hallazgos operatorios se refiere, se encontró que el pronóstico va de acuerdo con el número de perforaciones encontradas. Un paciente a quien se le encontraron 9 perforaciones fue tratado posteriormente con penicilina cristalina + cloranfenicol, al igual - que otro que presentó 4 perforaciones, habiéndoseles realizado cierre primario. Hubo además un paciente - con 4 perforaciones, a quien se le realizó resección - anastomosis de ilio terminal. Todos estos pacientes - fallecieron posteriormente.
12. De los 5 pacientes que fallecieron (4 de ellos mencionados en los párrafos anteriores) todos presentaron dehiscencia e infección de herida operatoria. El último paciente, después de su ingreso se presentó estuporoso DHE G.III y además, presentó fiebres constantes. Se le estabilizó el DHE y más o menos 47 horas después - presentó signos de septicemia, falleciendo tres días - después.

RECOMENDACIONES

1. Que los servicios de salud envíen gente capacitada para poder enseñar a los habitantes de las áreas rurales a prevenir de una mejor forma las enfermedades infecto-contagiosas, dando charlas por lo menos una vez al mes sobre las entidades patológicas que más afectan a nuestro país, informándoles además del uso adecuado de los recursos naturales, así como el daño que les puede ocasionar el no tratar a tiempo sus males, y lo provechoso que les resultaría su temprana asistencia a los centros de salud más cercanos. (educación en salud).
2. Que en las instituciones hospitalarias se trate de realizar los exámenes básicos de laboratorio hasta donde sea posible y que tales instituciones sean dotadas de medios necesarios para que puedan realizar los análisis específicos para detectar fiebre tifoidea y especialmente la perforación intestinal por F.T.
3. Realizarle a todo paciente con abdomen agudo, placa vacía de abdomen.
4. Emplear antibiotico-terapia cuando se piense intervenir abdomen si hay sospecha de perforación, pues nada se perdería si por algún motivo el diagnóstico no fuese certero; por el contrario, habría mucho que ganar.
5. Realizar un examen físico completo al paciente y poner énfasis si se usan anestésicos que ocasionen depresión del sistema respiratorio, como el tiopenthal sódico (pentotal^R), recordando al técnico anestesista que en este sentido, deberá solicitar el correspondiente examen. Al realizar este estudio, no encontramos en ninguna paqueta evidencias de una evaluación pre-operatoria cardiopulmonar efectuada por médico internista.
6. Usar los medicamentos adecuados aceptados como el

7. Realizar el menor traumatismo en cuanto a corregir perforaciones se refiere, ya que mientras más grande sea la cirugía que realicemos, mayor será la complicación que nos dará. Debemos recurrir a la cirugía solamente en los casos que verdaderamente la ameriten.
8. Llevar un mejor manejo tanto de la ficha clínica como del récord operatorio, ya que ésta nos sirve como documento bibliográfico para observar la evolución de los pacientes tratados.

RESUMEN DE TESIS: "PERFORACION INTESTINAL POR
FIEBRE TIFOIDEA" ESTUDIO REALIZADO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE CUILAPA, SANTA
ROSA DURANTE EL PERIODO DE ENERO
DE 1,978 A DICIEMBRE DE 1,980.

El presente trabajo trata de un estudio retrospectivo de tres años, sobre la evolución de los pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea, desde su ingreso al hospital, tratamiento médico y quirúrgico, los hallazgos operatorios encontrados en dichos pacientes, las complicaciones y tratamiento médico post-operatorio, hasta la evolución de los cinco pacientes egresados vivos y las posibles causas que propiciaron la muerte de los cinco pacientes fallecidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alegría P., Derick A. Perforación tífica, Hospital General de Occidente. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. - 32p.
- Caballeros P., Rodolfo A. Perforación gastrointestinal en pacientes del Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 27p.
- Beenson P. y W. M. et al. Tratado de medicina interna de Cecil Loeb. 13ed. México, Interamericana, 1982. 2,323p. - (pp.599-603)
- Figueroa C., Clara A. A. Hiperalimentación parenteral. Hospital General del I.G.S.S. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 60p.
- García Salas P., Carlos E. Fiebre tifoidea en niños. Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. - 48p.
- González C., César L. Diagnóstico de fiebre tifoidea y salmonelosis. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1983 jul-sept; 34(3): 5-6.
- Harrison, T. R. et al. Tratado de medicina interna. 4ed. México, Prensa Médica, 1966. 2,298p. (pp.904-910)
- Jawetz, E. Manual de Microbiología médica. 4ed. México, Manual Moderno, 1970. 826p. (pp.233-236)
- López R., Romeo E. Incidencias de perforaciones tíficas y su tratamiento quirúrgico, Hospital Nacional de San Marcos. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 80p.
- Morales T., Gustavo A. Incidencias de perforaciones tíficas en el Hospital General San Juan de Dios en diez años. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 80p.
- Ordóñez K., Karin A. Fiebre tifoidea, Hospital Roosevelt. - Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1975. 23p.

Edmundo

Rérez L., Mireya P. Perforación intestinal por fiebre tifoidea, Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1979. 29p.

na S., Silvia C. Perforación intestinal como complicación de la fiebre tifoidea. Hospital Nacional de Amatitlán. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 41p.

[Handwritten signature]

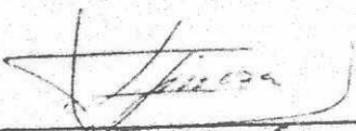
Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
OPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

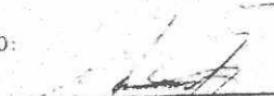
(C I C S)

CONFORME:



Dr. Julio R. Espinoza E.
asesor y consultor
COLEGIO DE MEDICOS

SATISFECHO:



Dr. Julio E. Morris
REVISOR, Julio E.
Médico
Col

APROBADO:



DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:



Dr. Mario René Moreno
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U S A C

Guatemala, 16 de *febrero*