

24/95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FIEBRE TIFOIDEA

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
FLORIAN ROMERO ESCOBAR**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	Pág.
<u>JUSTIFICACION</u>	1
<u>INTRODUCCION</u>	3
<u>METODOLOGIA</u>	7
<u>MARCO TEORICO GENERAL</u>	10
Generalidades de Anatomía y Fisiología del aparato digestivo.	
<u>MARCO TEORICO ESPECIFICO</u>	27
Definición, etiología, epidemiología, pato- genia, manifestaciones clínicas, diagnósti- co y tratamiento de la fiebre tifoidea.	
<u>GENERALIDADES PSICOLOGICAS DEL ADOLOSCENTE</u>	61
<u>HISTORIA NATURAL DE LA FIEBRE TIFOIDEA</u>	64
<u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	67
Pérfil del paciente	
Diagnóstico de enfermería	
Plan de Atención de Enfermería	
<u>OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS</u>	85
<u>PLAN DE ALTA</u>	86
<u>CONCLUSIONES</u>	89
<u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	90
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	99
<u>ANEXOS</u>	102

JUSTIFICACION.

La elaboración del presente documento es con el propósito de cumplir - con uno de los requisitos indispensables para sustentar el examen profesional y obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

La fiebre tifoidea es de carácter endémico y de distribución universal, aunque es más frecuente en los lugares en donde existe contaminación fecal como condiciones desfavorables del saneamiento y de hábitos higiénicos inadecuados.

La enfermedad presenta en México características endémico epidémicas relacionadas con deficiencias en el saneamiento ambiental y el aprovisionamiento de agua potable.

En diversas áreas del Distrito Federal y los Estados de México, Puebla, Tlaxcala es más acentuada la incidencia y alcanzando cifras arriba -- del promedio nacional se encuentran: Campeche, Colima, Morelos, Oaxaca, Tabasco; donde la morbilidad es superior a 15 por 100 000 habitantes, predominando en el grupo de cinco a catorce años y en el de quince a -- veinticuatro años. Su frecuencia es menor en otros grupos de edades.1/

Asimismo, conocer ampliamente el padecimiento para poder proporcionar - una atención eficaz y de mayor calidad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente con fiebre tifoidea; ayudar a lograr la meta común del equipo interdisciplinario de salud, que es la restauración del bienestar biológico, psicológico y social del individuo enfermo. - A la vez surge el interés de extrapolar a mis compañeros y a la sociedad los conocimientos adquiridos de dicha patología.

" Un individuo sano vive en armonía con su flora corporal normal, pero este equilibrio puede ser alterado por la enfermedad. Las defensas -- del huésped son un factor importante que determinan si se producirá o no infección. Tales defensas comprenden las barreras anatómicas tales como la piel y mucosas respiratorias ciliada intacta, barreras fisiológicas como el ácido gástrico, factores inmunes, como los anticuerpos específicos y células fagocitarias, como los neutrófilos polimorfonucleares y los macrófagos del sistema reticuloendotelial ". 2/

La intervención del equipo multidisciplinario de salud en las enfermedades transmisibles comprende : 1) el reconocimiento precoz de una entidad nosológica y la adecuada apreciación de su carácter infeccioso; 2) la rápida adopción de las medidas de aislamiento; y, 3) la institución de la terapéutica indicada.

Durante los últimos años el enorme progreso de la quimioterapia ha modificado considerablemente el tratamiento de las enfermedades transmisibles. Enfermedades que antes eran infecciosas durante días, pueden perder ese carácter en una hora por acción de las sulfonamidas o de los antibióticos. En la actualidad muchas enfermedades transmisibles pueden tratarse sin peligro en las salas de un hospital general o en el do

2/ Merck Sharp; El Manual de Merck; p.3

micilio del paciente. Por consiguiente, en muchas ocasiones cabe prescindir de la unidad de aislamiento en los hospitales o de la prolongada cuarentena a domicilio. No obstante, existe aún un cuerpo importante de enfermedades para las cuales todavía no se han descubierto agentes - quimioterápicos eficaces, por lo cual, para hacer el diagnóstico de -- cualquier enfermedad transmisible el interrogatorio minucioso y la exploración física completa constituyen la piedra angular. El interrogatorio debe hacerse con criterio epidemiológico por lo tanto, es importante tener conocimientos precisos de los medios por los cuales la enfermedad se transmite. 3/

La Epidemiología es la ciencia que se ocupa de la aparición de las enfermedades. El término se deriva de las dos palabras griegas Epi--Sobre, Demos-pueblo; es decir, lo que desciende sobre el pueblo y el concepto originalmente quedó restringido al estudio de aquellas enfermedades que se caracterizaban por su aparición súbita y con un gran número de casos, o sea las epidemias. El estudio de la Epidemiología abarca la consideración de todos los factores que condicionan la aparición de la enfermedad y considera la causa específica tanto si ésta es bacteriológica o química. De igual interés e importancia son los diversos factores secundarios, pueden ser económicos, políticos y religiosos.

3/ Pullen, Roscoe, L. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades - transmisibles: p.1

Asimismo, la Epidemiología abarca el problema del tratamiento temprano en los estadios iniciales de la enfermedad, ya que de ésta forma puede disminuir la propagación de la infección o reducir la probabilidad de desarrollo o el daño permanente que puede infligir al organismo. 4/

Los agentes patógenos penetran al huésped humano por una o más puertas de entrada : el aparato respiratorio, el tubo digestivo y la piel o mucosas. Por lo general cada agente infeccioso tiene una vía de invasión preferente, y los signos clínicos de la enfermedad se manifiestan habitualmente en el sistema por donde ocurrió la invasión. 5/

En las enfermedades infecciosas con puertas de entrada a nivel del tubo digestivo, se incluyen las enfermedades de " origen hídrico ", que se transmiten por alimentos contaminados o por las manos sucias del propio paciente y sus hábitos antihigiénicos. Los medios más importantes de contaminación de los alimentos son los portadores humanos, las deyecciones, vómitos, patas sucias de roedores e insectos (especialmente moscas). Las enfermedades gastrointestinales son más frecuentes en verano que en invierno, porque durante el primero es más difícil mante-

4/ Anderson, Arnstein; Control de enfermedades transmisibles ; p.12

5/ Pullen, Roscoe L. op.cit., p.2

ner una refrigeración adecuada, lo que permite el desarrollo de cualquier bacteria presente en los alimentos, por la tendencia natural a consumir más ensaladas, frutas y alimentos fríos que escapan a la acción esterilizante del calor. 6/

6/ Ibidem., pp.5-7

CAMPO DE LA INVESTIGACION

El estudio clínico se realizó en el Hospital General " Centro Médico la Raza " del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Medicina Interna.

METODOLOGIA

El Proceso de Atención de Enfermería, está estructurado en las siguientes etapas :

1. Recolección y Selección de datos.
 2. Diagnóstico de Enfermería.
 3. Planeamientos de cuidados.
 4. Implementación del Plan.
 5. Evaluación.
-
1. Esta primera fase va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que nos permitan conocer y analizar lo que realmente sucede en el individuo y en la comunidad; dichos datos fueron recolectados y seleccionados a través de la técnica de trabajo en campo; observando el estado clínico del paciente; comunicación (entrevista), que me permitió elaborar la historia clínica para poder identificar los problemas y/o necesidades; se obtuvo

ron datos de fuentes indirectas tales como el expediente clínico del paciente. También se utilizó la técnica de investigación -- bibliográfica para el marco teórico general y específico del padecimiento, lo cual me sirvió como referencia para cotejar los signos y síntomas que presenta mi paciente (R.C.D.) con los mencionados en la investigación, pues pueden o no presentarse, debido a que cada individuo es una unidad biopsiosocial diferente.

2. Diagnóstico de enfermería.

Es la conclusión que se hace sobre la situación de condición del paciente, mediante la investigación o identificación de sus necesidades y/o problemas; llegando al establecimiento de prioridad y jerarquización de los mismos. Esto se llevó a cabo mediante un proceso mental, estableciendo la relación de los hechos, valiéndome de mis conocimientos y haciendo una relación de causa- efecto.

3. Planeamiento de los cuidados.

Una vez identificados los problemas específicos y prioritarios en el paciente, el siguiente paso comprende la determinación de soluciones, o sea, la consideración de los medios y métodos disponibles para atención de enfermería y es mediante un plan de cuida-

dos ya que nos hace ver al paciente como un ser biopsicosocial.

La planeación está compuesta de los siguientes elementos :

- a. Formulación de objetivos. Procederá directamente de los -- problemas y necesidades prioritarios expresados en el diag-- nóstico de enfermería.
- b. Acciones del plan de cuidados. Son las tareas específicas que se realizarón para transformar en realidad los objetivos; tomando en cuenta los recursos existentes para su aplicación.

4. Implementación del plan.

Una vez seleccionado el plan para la resolución de los problemas y/o necesidades, se procedió a la implementación del mismo, que consiste en la ejecución y/o delegación de las actividades; las cuales tienen bases científicas para proporcionar una atención de enfermería de calidad.

5. Evaluación.

Nos sirve para apreciar si todo lo propuesto, tomando como refe-- rencia los objetivos, fue alcanzado.

MARCO TEORICO GENERAL

Generalidades de anatomía y fisiología del aparato digestivo.

Los órganos de la digestión se dividen tradicionalmente en dos grandes grupos. El primero es el canal alimentario que corre a lo largo de la cavidad ventral del cuerpo y se extiende desde la boca hasta el ano. - (Anexo I). La longitud del tracto tomada en el cadáver es de nueve metros aproximadamente. En el vivo es algo más corto porque los músculos que se hallan en sus paredes se mantienen en un estado de contracción tónica. El segundo grupo de órganos que comprende el sistema -- digestivo son los órganos accesorios: dientes, lengua, glándulas orales salivales, hígado, vesícula biliar y páncreas. Las paredes del canal alimentario, especialmente desde el esófago hasta el canal anal, tienen la misma disposición de tejidos. 7/

Las cuatro capas del canal alimentario de adentro hacia afuera son las siguientes:

1. La mucosa, capa interior, es una membrana de revestimiento blanda que contiene glándulas que secretan los líquidos digestivos.

7/ Tortora, Anagnostakos; Principios de Anatomía y Fisiología.

2. La submucosa está compuesta por tejido conjuntivo, por medio de ésta, la mucosa se comunica con las demás capas. Es altamente vascularizada, ya que la mayor parte de vasos sanguíneos y linfáticos que dan origen a las ramificaciones para las otras capas se encuentran en ésta.
3. La muscular está formada por tejido muscular, liso, dispuesto en dos capas. En la interna se disponen fibras circulares alrededor del tubo y en la externa, fibras longitudinales.
4. La serosa, capa más exterior del canal, es una membrana compuesta de tejido conjuntivo y epitelio. Este revestimiento cuya superficie más externa es parte del peritoneo visceral.

El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo. El peritoneo visceral cubre algunos órganos y constituye su serosa, el peritoneo parietal reviste las paredes de la cavidad abdominopélvica. El espacio entre los peritoneos parietal y visceral se denomina cavidad peritoneal. El peritoneo tiene grandes pliegues entre las vísceras, los pliegues unen los órganos entre sí; los fijan a las paredes de la cavidad y contiene los vasos sanguíneos, linfáticos y los nervios destinados a los órganos abdominales. El mesenterio es una parte del peritoneo formado por un pliegue que constituye la capa serosa de los intestinos. El mesenterio une el intestino delgado y la mayor parte del in-

testino grueso a la pared abdominal. Lleva los vasos sanguíneos y linfáticos del intestino. El omento menor y el omento mayor (antes epiploones menor y mayor) son otros dos pliegues peritoneales. El omento menor tapiza el estómago y el duodeno, los fija al hígado y a su vez -- una extensión del peritoneo visceral del hígado lo une al diafragma y a la pared abdominal superior. El omento mayor es como un delantal que cuelga por delante de los intestinos y se une con el peritoneo parietal en la parte posterior de la cavidad abdominal.

El peritoneo sirve para impedir la fricción entre los órganos contiguos por medio de la secreción de suero que actúa como lubricante, ayuda a sostener la posición de los órganos abdominales y pélvicos.

Divisiones del tubo digestivo :

El tubo digestivo recibe diferentes nombres en las diferentes partes - de su trayecto son :

Cavidad bucal : lengua, glándulas salivales y dientes, faringe, - esófago, estómago, intestino delgado (duodeno, yeyuno, ileon), - intestino grueso (colon, recto y conducto anal).

Cavidad bucal. La boca está limitada lateralmente por las mejillas, al frente por los labios y por detrás se comunica con la fa-

ringe. El techo está formado por el paladar duro y el paladar --blando, el suelo lo forman la lengua, la región sublingual y las --mandíbulas en su mayor parte. El espacio limitado por fuera por los labios y las mejillas y por dentro por las encías y dientes se llama vestíbulo. 8/

El paladar, la úvula, los pliegues palatinos y las amígdalas se ob--servan con facilidad si se abre bien la boca y se deprime la len--gua.

La función de las amígdalas es ayudar a la formación de glóbulos blan--cos y éstos protegen de la infección e impiden la entrada de microorga--nismos actuando como filtros. La lengua es el órgano especial del gusto, ayuda a la masticación, la deglución y la digestión, haciendo que --el alimento permanezca y se mueva entre los dientes. Los dientes in--tervienen en el proceso de la masticación de los alimentos.

La faringe es un conducto musculomembranoso en forma de cono, con su --extremo ancho hacia arriba y su extremo angosto dirigido hacia abajo en dirección del esófago. De arriba a bajo puede dividirse en tres par--tes : nasal, bucal y laríngea.

8/ Clifford Kimber , Diana : Manual de Anatomía y Fisiología.

Faringe nasal o rinofaringe se encuentra detrás de las coanas arriba -- del velo del paladar; la bucal va desde el velo del paladar al hueso -- hioides; la laringea desde el hueso hioides al esófago.

La faringe se comunica con la nariz, oídos, boca y laringe por medio de siete orificios: dos delante y arriba que se abren a las coanas; dos -- orificios de la Trompa de Eustaquio por medio de las cuales se comunica con el oído medio, un orificio situado en la línea media, en la parte -- anterior, istmo de las fauces que se abre a la boca; por último, dos -- orificios interiores, uno que se abre a la laringe o sea la glotis y el otro es un orificio de límites imprecisos que se abre al esófago.

La laringe transmite el aire de la nariz o de la boca a la laringe, sir ve como caja de resonancia para la voz, recibe el alimento y lo pasa al esófago.

Esófago es un conducto musculomembranoso de unos 23 a 25 centímetros de -- largo por 25 a 30 milímetros de ancho. Empieza en el extremo inferior de la faringe por detrás de la tráquea, pasa a través del mediastino -- por delante de la columna vertebral, perfora el diafragma y termina en la parte superior del estómago.

La estructura del esófago consta de paredes compuestas por cuatro capas, de afuera hacia dentro : 1) adventicia o fibrosa, 2) muscular, 3) --

submucosa o areolar, 4) interna o mucosa. La capa muscular consta de una capa circular interna y una capa longitudinal externa.

Función : Recibe el alimento de la faringe y por una serie de contracciones peristálticas lo pasa al estómago.

Estómago : Es un agrandamiento en forma de J del canal alimentario, -- ubicado directamente debajo del diafragma en las regiones abdominales -- hipogástrica, umbilical e hipocondrio izquierdo. La parte inferior se vacía en el duodeno, primera parte del intestino delgado.

El estómago está dividido en cuatro áreas: cardias, fondo, cuerpo, píloro. El cardias es el área cercana a la unión cardioesofágica donde se encuentra el pliegue mucoso cardial. La porción redondeada por encima y a la izquierda del cardias es el fondo. Por debajo del fondo -- la porción central grande del estómago se denomina cuerpo y la porción -- más estrecha e inferior el píloro. El borde medial cóncavo del estómago se llama curvatura menor y es borde lateral convexo se conoce como -- la curvatura mayor. (Anexo 2).

La pared del estómago está formada por cuatro capas: serosa, muscular, submucosa o areolar y mucosa. La serosa es parte del peritoneo y cubre los órganos. A nivel de la curvatura menor las dos capas se unen y se continúan hacia arriba hasta alcanzar el hígado, formando el omen-

to menor, A nivel de la curvatura menor las dos capas se continúan -- hacia abajo formando el omento mayor que está suspendido enfrente de la masa intestinal. La muscular se encuentra por debajo de la serosa y -- está íntimamente unida con ella. Está formada por tres capas de tejido muscular liso; una externa longitudinal, una media o circular y una interna oblicua menos desarrollada. Esta disposición facilita la acción muscular del estómago, puesto que le permite ejercer presión sobre el alimento y moverlo hacia arriba o hacia abajo.

La capa submucosa está formada por tejido conjuntivo o areolar laxo que une las capas musculares y mucosa. La mucosa es muy blanda y gruesa -- por estar abundantemente provista de pequeñas glándulas sepultadas en -- tejido conjuntivo o areolar. Está cubierta de epitelio columnar simple y cuando no está distendido forma numerosos pliegues o rugosidades. La superficie de la mucosa está excavada por numerosísimas criptas que sirven de salida a los conductos de las glándulas gástricas que son de tres tipos : cardíacas, fúndicas u oxínticas también llamadas verdaderas o pépticas y pilóricas. Las glándulas cardíacas se encuentran cerca de las cardias y secretan mucina. Las fúndicas son glándulas tubulares simples que se encuentran en el cuerpo y tuberosidad mayor del -- estómago. Estas glándulas están revestidas por células epiteliales, -- de las cuales dos variedades: a) las principales o centrales que secretan pepsinógeno; b) las parietales u oxínticas, que secretan ácido -- clorhídrico que actúa sobre el pepsinógeno y lo convierte en pepsina. --

Las glándulas pilóricas son glándulas tubulares ramificadas que se encuentran con mayor abundancia alrededor del píloro y secretan pepsinógeno y mucina. La secreción combinada de todas estas glándulas forma el jugo gástrico.

El estómago sirve de reservorio al alimento mientras éste sufre ciertos cambios mecánicos y químicos que lo reducen a un estado semilíquido — (quimo), secreta jugo gástrico y deja pasar pequeñas cantidades de quimo al intestino a intervalos frecuentes.

Intestino delgado : Se extiende desde el píloro hasta la válvula ileocecal. Es un tubo contorneado, en el humano vivo mide alrededor de 7.5 centímetros de diámetro y 3 metros de largo. Ocupa las partes central e inferior de la cavidad abdominal. (Anexo 1).

El intestino delgado está dividido en tres segmentos : duodeno, yeyuno e íleon. El duodeno es la parte más ancha del intestino delgado, se origina en el píloro y después de un recorrido de 25 centímetros se continúa con el yeyuno. El yeyuno tiene alrededor de 1 metro de longitud y se extiende hasta el íleon. La porción final del intestino delgado es el íleon, mide alrededor de 2 metros y se une al intestino grueso en la válvula ileocecal.

Las paredes del intestino están constituidas por las mismas cuatro ca--

pas que forman el canal alimentario. Sin embargo, tanto la túnica mucosa como la tela submucosa se modifican para permitir al intestino delgado completar los procesos de digestión y absorción.

La mucosa contiene muchas fosetas revestidas por epitelio glandular. - Estas fosetas son la desembocadura de las glándulas intestinales (de - Lieberkühn), que secretan las enzimas digestivas intestinales.

La tela submucosa contiene las glándulas duodenales (de Brunner) que secretan moco para proteger las paredes del intestino delgado, contra - la acción de la pepsina. El jugo entérico es el nombre para la mezcla de todas las secreciones intestinales. 9/

Debido a que casi toda la absorción de los nutrientes se presenta en el intestino delgado, sus paredes necesitan estar debidamente equipadas pa ra poder realizar esta función.

La túnica mucosa tiene series de proyecciones altas, denominadas vello- cidades, de las cuales se estima que existen entre 4 y 5 millones en el hombre.

9/ Tortora, Anagnostakos : Principios de Anatomía y Fisiología.

Cada vellosidad consta de una lámina propia, que es tejido conjuntivo - en donde están una arteria, una vénula, un capilar y un quilífero o vaso linfático. Después de digerido el alimento, pasa a los capilares y quilíferos y penetra a la sangre.

La túnica muscular del intestino delgado consta de dos capas de músculo liso. La exterior más delgada tiene fibras dispuestas longitudinalmente y la interior más gruesa tiene serosa o peritoneo visceral, cubre completamente el intestino delgado. Existe abundancia de tejido linfático en las paredes del intestino delgado. Los folículos linfáticos - simples, denominados folículos linfáticos solitarios, son más numerosos en la parte inferior del íleon. Los folículos linfáticos agregados fueron denominados placas de Peyer, son también más numerosos en el íleon. Tiene forma circular u ovaladas, en número de 10 a 30 y su longitud oscila entre 2.5 y 10 centímetros. En la parte inferior del yeyuno son pequeñas y escasas. En ocasiones se encuentran en el duodeno. Las placas de Peyer pueden ser asiento de inflamación y ulceración local en la Fiebre Tifoidea y otras infecciones intestinales.

La digestión y la absorción se llevan a cabo fundamentalmente en el intestino delgado. Aquí se vierten la bilis y el jugo pancreático provenientes del hígado y el páncreas. Las glándulas del intestino delgado secretan el jugo. Los pliegues circulares retardan el paso de los alimentos de manera que los líquidos digestivos puedan actuar sobre él de manera más completa; las numerosísimas vellosidades aumentan la super-

ficie para la absorción. Algunas de las células de la mucosa sobre todo en el duodeno, secretan presecretina.

Quando el quimo ácido entra al intestino, la presecretina se transforma en secretina y es llevada por la sangre al hígado, el páncreas y otras partes del intestino, donde estimula su actividad secretoria. 10/

El intestino grueso tiene alrededor de 1.5 metros de longitud y un promedio de 6.5 centímetros de diámetro. Se extiende desde el ileon hasta el ano y está unido a la pared abdominal posterior por su mesenterio. Estructuralmente el intestino grueso está dividido en cuatro regiones principales : el ciego, colon, recto y el canal anal.

La abertura del ileon en el intestino grueso está resguardada por un pliegue de membrana mucosa denominada valva ileocecal. Esta estructura permite el paso de materiales del intestino delgado al intestino grueso pero impide su desplazamiento en la dirección opuesta. Debajo de la valva ileocecal se encuentra el ciego, bolsa cerrada alrededor de 6 centímetros de longitud. Unido al ciego se encuentra un tubo enrollado y tortuoso denominado el apéndice vermiforme.

El extremo abierto del ciego se continúa con un tubo largo denominado -

10/ Clifford Kimber, Diana, op.cit., p.495

el colon. Con base su localización el colon se divide en porciones ascendentes, transversa, descendente y sigmoidea. El colon ascendente sube por el lado derecho del abdomen, llega a la superficie inferior del hígado y da vuelta abruptamente a la izquierda. El colon continúa a través del abdomen hasta el lado izquierdo como colon transverso. Se curva debajo del extremo inferior del bazo al lado izquierdo y se dirige hacia abajo hasta el nivel de la cresta ilíaca como colon descendente. El colon sigmoideo es la región en forma de S que empieza en la cresta ilíaca, se proyecta hacia dentro en dirección a la línea media y termina en el recto al nivel de la tercera vértebra sacra. El recto, de 20 centímetros de longitud, está por delante del sacro y del coxix. Los 2 ó 3 últimos centímetros del recto se conoce como canal anal. La abertura del canal anal al exterior es el ano.

La pared del intestino grueso difiere de la del intestino delgado en varios aspectos: 11/

Las capas del intestino grueso son por lo general cuatro, excepto en algunas partes donde la serosa sólo lo cubre parcialmente y el conducto del ano, donde no existe serosa. La muscular consta de dos capas de fibras, la externa longitudinal y la interna circular. Las fibras longitudinales forman una capa más gruesa en algunas regiones. Las zonas

11/ Tortora, Anagnostakos, op.cit., pp. 484-487

gruesas constituyen tres bandas separadas llamadas tenias, que van del ciego hasta el comienzo del recto, donde se extienden y forman una capa longitudinal que rodea esta estructura. Como estas bandas (que son de 5 a 7 milímetros de ancho) son una sexta parte más cortas que el resto del tubo, las paredes del intestino hacen salientes y forman numerosas ampollas, La tercera capa está formada por tejido areolar submucoso y la cuarta o interna, está constituida por la mucosa; ésta no muestra ni vellosidades ni pliegues circulares. Contiene glándulas intestinales y folículos solitarios que se parecen mucho a los del intestino delgado.^{12/}

Las principales actividades del intestino grueso se relacionan con movimientos mecánicos, absorción, formación y eliminación de las heces.

Organos accesorios de la digestión :

Los órganos accesorio de la digestión son la cavidad bucal, el páncreas, el hígado, la vesícula biliar. La cavidad bucal ya fue mencionada anteriormente.

El páncreas es un órgano alargado, blando de 12.5 centímetros de espesor aproximadamente y de 12.5 centímetros de longitud. Está colocado a lo largo de la curvatura mayor del estómago y está conectado al duo---

^{12/} Clifford Kimber, Diana; op.cit., pp. 496-497

deno por un conducto. El páncreas está constituido de pequeños acúmulos, de células epiteliales glandulares. Algunos de los acúmulos, denominados islotes de Langerhans, forman la porción endócrina del páncreas y constan de células alfa y beta que secretan glucagón e insulina. Las otras masas similares, denominadas acinis, son porciones exócrinas del órgano. Las células secretoras de los acinis liberan una mezcla de enzimas digestivas denominadas jugo pancreático que es vertido en el interior de pequeños conductos unidos a los acinos. El jugo pancreático sale del páncreas a través de un conducto grande denominado conducto pancreático, antes canal de Wirsung.

En muchas personas el conducto pancreático se une con frecuencia con el conducto biliar común del hígado y la vesícula biliar y entra al duodeno en una área pequeña levantada denominada la ampolla hepato-pancreática antiguamente de Vater. Un conducto accesorio, que fue denominado conducto de Santorini, también sale de páncreas y desemboca en el duodeno aproximadamente 2.5 centímetros por encima de la ampolla hepato-pancreática.

Las funciones del páncreas son dobles. Los acinos secretan enzimas -- que digieren los alimentos en el intestino delgado y las células alfa y beta secretan glucagón e insulina, que controla el destino de los carbohidratos digeridos y absorbidos.

Hígado :

Es el órgano más grande del cuerpo, pesa alrededor de 1.4 kilogramos en el adulto promedio. Está localizado por debajo del diafragma y ocupa la mayor parte del hipocondrio derecho y parte del epigastrio del abdomen. El hígado está cubierto por el peritoneo en su mayor parte y rodeado completamente por una capa conjuntiva densa que se encuentra debajo del peritoneo. Anatómicamente el hígado se divide en dos lóbulos principales, lóbulo derecho y lóbulo izquierdo, separados por el ligamento falciforme. Los lóbulos del hígado están constituidos por numerosas unidades denominadas lobulillos, cada lobulillo consta de cordones de células hepáticas sostenidas por tejido conjuntivo o areolar en el cual se ramifican los capilares derivados de la vena porta, de la arteria hepática y de los conductos biliares.

La bilis es producida por las células hepáticas y secreta a los capilares biliares que se vacían en conductos pequeños, estos conductos emergen finalmente para formar los conductos hepáticos mayores derecho e izquierdo, que se unen para abandonar el hígado como el conducto hepático común. Más adelante el conducto hepático común se une con el conductor biliar común, que se vacía en el duodeno. El esfínter de la ampolla hepatopancreática antes llamado de Oddi regula la salida de la bilis hacia el duodeno por el conducto biliar común. Cuando el intestino delgado está vacío el esfínter se cierra y la bilis es forzada hacia arriba al conducto cístico y a la vesícula biliar se almacena.

El hígado produce heparina y la mayoría de las otras proteínas plasmáticas. Las células reticuloendoteliales del hígado fagocitan glóbulos rojos envejecidos y algunas bacterias. Las células hepáticas contienen enzimas que descomponen los venenos o los transforma en componentes menos nocivos. Por ejemplo, cuando los aminoácidos son consumidos para producir energía, dejan atrás desechos nitrogenados tóxicos que son convertidos en uréa, la cual es excretada por los riñones y glándulas sudoríparas fácilmente. Interviene en la transformación de glucosa a glucógeno y viceversa.

El hígado almacena glucógeno, cobre, hierro, vitamina A, D, E y K.

Produce bilis la cual se emplea en el intestino delgado para la digestión y absorción de las grasas.

Vesícula biliar :

Es un saco unido a la cara inferior del hígado. Sus paredes internas constan de una túnica mucosa dispuesta en pliegues o arrugas que semejan a las del estómago. Cuando la vesícula biliar se llena de bilis, los pliegues le permiten expandirse hasta el tamaño y forma de una pera. La capa media y muscular consta de fibras musculares lisas. Las contracciones de estas fibras desocupan la vesícula hacia el conducto cístico. La capa exterior es el peritoneo.

La vesfcula biliar sirve como reservorio para la bilis en los interva—
los interdigestivos. Durante la digestión vierte bilis al duodeno.

MARCO TEORICO ESPECIFICO.

Fiebre Tifoidea

La fiebre tifoidea es una infección producida por la *Salmonella Typho-*sa. Dentro del grupo de las Salmonelosis, constituye la forma anatomp clínica más característica. Aún cuando el niño llega a perder algunas de las características propias del adulto, no deja nunca de manifestar parte del cuadro tifoidico típico. Se ha llamado también Tifus abdomi nal o entérico, fiebre Eberthiana o entérica, dotieuentarfa, nombre da do por Bretonneau en 1926. 13/

Sinonimia : Fiebre intestinal, tifo abdominal, salmonellosis tifoidi—ca.

En países de habla alemana se entiende por Tifus a la fiebre tifoidea.- Comunmente llamado bacilo tífico, ha recibido los nombres de Bacilo — typhosus, Bacilo tuphis abdominalis, *Salmonella typhi*, *Eberthella typho*sa. Fue visto por primera vez por Eberth en 1880 en el bazo y gan— glios mesentéricos de un enfermo muerto de fiebre tifoidea. En 1884 — queda establecida definitivamente la especificidad del gérmen, gracias a los trabajos de Gaffky. 14/

13/ Farreras Valenti; Medicina Interna. p. 861

14/ Ibidem, p. 861

La fiebre tifoidea es una enfermedad aguda, eruptiva y contagiosa, producida por un microbio específico, *Salmonella typhosa* (*bacillus typhosus*); se caracteriza anatómicamente por lesiones que afectan principalmente al sistema reticuloendotelial y clínicamente, por fiebre, cuya duración varía de tres a cuatro semanas y se acompaña de malestar, cefalea, insomnio, diarrea y timpanismo. El comienzo es insidioso y a menudo sin ir acompañado de síntomas locales definidos, aparte de alguna sensibilidad abdominal, faringitis o bronquitis. A medida que la enfermedad se aproxima a su acmé, aparecen y van aumentando de intensidad graves síntomas abdominales, estupor, esplenomegalia, exantema y leucopenia.

Al cabo de una semana, la fiebre se hace sostenida, la gráfica de temperatura muestra una clásica meseta.

Etiología : entre los factores etiológicos que predisponen a la fiebre tifoidea no difieren apreciablemente de los que concurren en cualquier enfermedad capaz de difusión epidémica.

Distribución geográfica : la fiebre tifoidea es una enfermedad difundida prácticamente por todo el mundo. Ahora es proporcionalmente más frecuente en las poblaciones rurales que en las grandes ciudades.

Frecuencia estacional : la influencia climática se refleja en el gran número de casos que ocurren en verano.

Edad : la fiebre tifoidea es rara entre los lactantes, pues las oportunidades de contagio son necesariamente muy escasas. Aunque no hay inmunidad en ninguna época de la vida, la enfermedad se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y los 35 años de edad.

Sexo : la tifoidea es más frecuente en los varones que en la mujeres - se ha explicado esta susceptibilidad aparente, atribuyéndola a las más numerosas oportunidades que para contagiarse tienen los varones.

Raza : la tifoidea ataca con igual frecuencia a la raza negra que a la blanca. Se cree que las diferencias dietéticas, la inmunidad adquirida gracias a la mayor frecuencia de la enfermedad en la infancia y a la falta de aclimatación, influyen más que la receptibilidad racial en la frecuencia de la fiebre tifoidea.

Profesión : el personal hospitalario, médico, enfermeras y asistentes, por encontrarse en contacto constante con los enfermos tíficos, está -- más expuesto a la enfermedad que las personas de otras profesiones.

Inmunidad : aunque no todas las personas expuestas al contagio contraen la tifoidea, es discutible que además de la inmunidad adquirida por haber sufrido la enfermedad (o por vacunación) haya otras clases de - inmunidad que influyen apreciablemente en la resistencia individual a - la infección. La susceptibilidad a la infección tiene poca relación -

con el estado físico del sujeto. Por lo regular, la cantidad de microbios que penetran en el aparato digestivo es el factor decisivo. La curación de la tifoidea no protege necesariamente contra un nuevo ataque de la enfermedad.

Factores etiológicos activos : el agente causal de la fiebre tifoidea es *Salmonella typhosa* (*Bacillus typhosus*).

Bacilio tífico : *Salmonella typhosa* es un bacilo corto y grueso de 0.5 a 0.8 micras de ancho por 1 a 3.5 micras de longitud. Es un bacilo -- Gram negativo, perteneciente a la tribu salmonellas de la familia *Enterobacteriaceae*, con movilidad activa, que presenta cierto número de flagelos periféricos. No forma esporas, se tiñe fácilmente con los colorantes de anilina y no toma el Gram. Es aerobio y anaerobio facultativo, se puede aislar directamente de la sangre en agar, caldo en carne ordinaria, la bilis facilita su desarrollo. Las colonias empiezan a aparecer casi siempre entre las 18 y 24 horas. El bacilio tífico se distingue del colibacilo por no producir gas con la lactosa y de los bacilos paratíficos, por no fermentar la glucosa.

Constitución antigénica : la salmonella typhi se encuentra constituida en dos partes : el soma "O" y los flagelos "H". El soma posee varios antígenos o fracciones de los cuales se han llegado a contar cuarenta, actualmente flagelares o "H". Aparte de los antígenos en algunas sal-

monellas se ha encontrado otro llamado "Vi" (virulencia). Es un antígeno somático y está relacionado con las propiedades de virulencia del bacilo. Cuando está en gran cantidad en el somabacteriano, tiene la -- propiedad de no dejar aglutinar al germen por su suero homólogo. El co nocimiento de los antígenos "O" y "H" se remontan a las primeras experiencias de Weil y Félix en 1917 sobre los cultivos de proteos flagelados que creían formado un velo que invadía toda la superficie del sembrado. Contrariamente a otros no flagelados, que no invadían el medio, dando solamente colonias aisladas. De ahí que decidieron que lo más apropiado sería llamarlos por sus iniciales "H" que viene siendo la -- inicial del vocablo germano Hauch-velo. "O"-Ohne hauch-sin velo.

La Salmonella typhosa es sensible a las temperaturas superiores a 56.-- grados centígrados, a la desecación prolongada y a la acción de la luz solar. En condiciones adecuadas puede vivir fuera del cuerpo y mantenerse viable durante mucho tiempo. El bacilo tífico produce una endotoxina; pero no hay pruebas experimentadas de que produzca alguna exo--toxina.

Vehículos de contagio : en la actualidad, gracias a las medidas profilácticas y preventivas que se aplican, la distribución del bacilo tífico fuera del cuerpo humano se verifica casi por completo por medio del agua o de los alimentos contaminados, por lo general como resultado --

del contacto inmediato con las excreciones de portadores de microbios virulentos.

Ha de considerarse vehículo de contagio todo medio directo o indirecto que permita llegar al aparato gastrointestinal del hombre una cantidad suficientemente grande de *Salmonella typhi*, microbio capaz de vivir fuera del cuerpo y conservar su virulencia durante mucho tiempo. En este sentido, son vehículos dignos de consideración, las aguas residuales, - el hielo, la leche, los productos de la leche, ostras y mariscos creados en aguas contaminadas, vegetales crudos, así como utensilios y vestidos.

Los portadores sanos de bacilos tíficos, que actúan como foco de infección, constituyen tal vez el principal problema en la profilaxis de la tifoidea, pues en la actualidad, el agua, la leche, y los alimentos ya no son vehículos frecuentes de la enfermedad.

Se consideran portadores las personas que habiendo padecido la fiebre tifoidea o sin haberla padecido nunca, albergan en la vesícula y conductos biliares o en la pelvis renal, bacilos tíficos virulentos, que eliminan en gran cantidad, sin presentar síntomas manifiestos de tifoidea.

Epidemiología : la infección tifoidica tiene origen hídrico, el agua se contamina por la eliminación fecal de *Salmonella typhi* procedente de

un enfermo o un portador. La capacidad del bacilo tífico para permanecer viable en el suelo, en los depósitos de agua, en las corrientes de agua contaminadas y en las aguas negras; permite que el agua de bebida, la utilizada para el riego de las hortalizas y las que desemboca en los bancos de mariscos y ostras pueda llevar Salmonella Typhi capaz de infectar a los que beben esa agua o consumen esos alimentos. 15/ (ver anexo 3).

La fuente última de infección con Salmonella typhi es el paciente con fiebre tifoidea o un portador. Los pacientes con fiebre tifoidea eliminan Salmonella typhi por las heces y la orina, puede haber bacilo viables también en el vómito, las secreciones respiratorias o pus. Los portadores intestinales crónicos constituyen la fuente más importante de infección, Los alimentos pueden contaminarse directamente por manos sucias, por agua que contiene Salmonella typhi, a veces por polvo contaminado. Las moscas son vectores mecánicos excelentes para transmitir la infección. En zonas donde la tifoidea es común, la frecuencia de la enfermedad aumenta durante el verano. 16/

Distribución, frecuencia y tendencia : La fiebre tifoidea es un padecimiento de distribución universal. Es más frecuente en los lugares -

15/ Kumate, Jesús; Manual de Infectología, p. 46

16/ Beeson, Paul-Macdenot, Tratado de Medicina Interna, p. 123

donde existe contaminación fecal como resultado de condiciones desfavorables del saneamiento ambiental y de hábitos higiénicos inadecuados.

En México, en el año de 1972, fue acentuadamente más alta por alzas registradas en diversas áreas del Distrito Federal y los estados de México, Puebla, Hidalgo y Tlaxcala. Este tipo de alzas sobre la endemia - en el país se observa, en variable intensidad, habitualmente a fines de primavera y en verano. La incidencia de la enfermedad alcanza cifras arriba del promedio nacional en los Estados de Campeche, Chihuahua, Coahuila, Colima, Morelos, Oaxaca, Tabasco, Sinaloa y Zacatecas donde la - morbilidad es superior a 15 o 100 000 habitantes, predomina el grupo de edad de 5 a 14 años y en el de 15 a 25; su frecuencia es menor en otros grupos de edad. 17/

Patogenia : el bacilo tífico suele penetrar en el aparato digestivo - por la boca. Sin embargo, la simple presencia de bacilos no hace inevitable la tifoidea, pues cuando el sujeto es resistente o inmune, el - microorganismo atraviesa el tubo intestinal y muere o es eliminado, sin que llegue a invadir los tejidos. Por el contrario, cuando los baci-- los invaden el aparato digestivo de sujetos menos resistentes, o cuando la cantidad de bacilos ingeridos es inusualmente grande, suele desa-- rrollarse la tifoidea.

17/ Secretaría de Salubridad y Asistencia, Control de enfermedades ---
transmisibles, p. 166

No se sabe con exactitud cual es la puerta de entrada del bacilio tífico a los tejidos, pero probablemente penetre a través de las Placas de Peyer y de los folículos solitarios del intestino delgado.

Todavía no se sabe porque mecanismo se verifica el paso de este microbio a los tejidos, aunque no existen pruebas positivas en su abono, se ha supuesto que el microbio tífico virulento atraviesa la barrera epitelial del intestino conducido por los macrófagos, células migratorias, - cuya presencia es normal en los tejidos linfoides. No hay duda de que las lesiones histológicas iniciales de la fiebre tifoidea se localizan en el intestino delgado, afectando a los elementos linfoides, principalmente en el extremo inferior del ileon. Además, la mucosa del intestino delgado y del colon suele presentar alteraciones de tipo catarral. Los ganglios linfáticos abdominales quedan infectados casi desde el comienzo, y en ellos se comprueba la presencia de bacilos tíficos, mediante el cultivo. Al parecer, el bacilo se multiplica en los ganglios linfáticos durante el período de incubación, pasando enseguida al conducto torácico y después al torrente circulatorio. En este momento comienza la bacteriemia y las lesiones histológicas de la fiebre tifoidea son las de una enfermedad diseminada del sistema hematopoyético, pues además del tejido linfoide intestinal, ya afectado desde antes, el bacilo se aloja y se multiplica ahora en los tejidos linfoides abdominales, el bazo y la médula ósea. Transportado por la sangre, el bacilo alcanza invariablemente la vesícula biliar, que ya queda infectada

desde los periodos iniciales de la enfermedad. A diferencia de muchos otros gérmenes sensibles a la acción bactericida de la bilis, el bacilo tífico se desarrolla fácilmente en los medios de cultivo biliados, y -- por esta razón, al pasar el enfermo al periodo de convalecencia el bacilo continúa multiplicándose en la vesícula biliar de la cual pasa a el intestino; el enfermo se convierte así en portador sano de gérmenes. - Una manifestación de la bacteriemia tífica, que sirve de indicio diagnóstico, es la aparición de las manchas rosadas, por formación de embolias bacterianas en los capilares cutáneos, la bacteriemia produce también otros trastornos locales entre los cuales se cuentan los siguientes : pielitis con baciluria tífica, neumonía tífica, empiema, osteomielitis y condritis, meningitis, laringitis, otitis media, parotiditis apendicitis y otros focos piógenos localizados.

Desde que se inicia la bacteriemia, la enfermedad adopta carácter septicémico, pues los síntomas tóxicos que constituyen el rasgo característico de la fiebre tifoidea, cefalea, estupor y embotamiento sensorial, no dependen de lesiones locales. Indudablemente la septicemia se debe a que gran cantidad de bacillos tíficos incorporados a la sangre al final del periodo de incubación son destruidos y se liberan sus endotoxinas. Es la presencia de estas proteínas extrañas en la sangre la responsable de la fiebre característica y de las alteraciones parenquimatosas, que con tanta frecuencia ocurren en los músculos esqueléticos, el corazón,

hígado y riñón. 18/

Anatomía patológica : las lesiones y en particular las intestinales -- tienen como base la proliferación de células del sistema retículo endotelial que pasan por las etapas de tumefacción, necrosis, ulceración y regeneración con intervalos aproximadamente semanales si la enfermedad se deja evolucionar libremente. Los sitios con acumulación de tejido linfóideo son los más afectados, ejemplo : la placa de Peyer en el -- ileon terminal, los ganglios mesentéricos y el bazo. En el hígado se describen los tifomas en las que se combinan la participación de la pro proliferación reticuloendotelial intravascular, la infiltración inflamatoria, la necrosis y la regeneración. Los hallazgos en la médula ósea -- antes de recibir tratamiento específico consiste en :

1) sistema granulopoyético activo con predominio de formas jóvenes,
 2) eritroblastopenia, 3) hipoplasia de eosinófilos, y 4) megacario--
 citos normales; tales observaciones explican los hallazgos en sangre --
 periférica, por ejemplo : anemia moderada, ausencia de eosinófilos, --
 aumento de neutrófilos en bandemia y plaquetas normales. 19/

18/ Pullen Roscoe L.; Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades
trasmisibles. p.1

19/ Kumate, Jesús; op.cit., pp. 48-49

Las lesiones histológicas son de dos tipos, una de ellas probablemente específica, mientras la otra sólo sería manifestación tóxica. Las lesiones específicas de la tifoidea consisten en granulomas o linfonos -- muy pequeños; las alteraciones parenquimatosas que afectan a ciertos -- músculos, al hígado y al riñón, dependerían tal vez de las endotoxinas liberadas de la sangre. En las lesiones tíficas específicas de los -- ganglios linfáticos se observan principalmente células endoteliales hiperplásticas, producidas por los bacilos tíficos y sus endotoxinas liberadas. La localización más característica de estas lesiones es el tejido hematopoyético y, en particular, los tejidos linfoides del intestino, los ganglios linfáticos abdominales, el bazo, hígado y la médula -- ósea. La bacteriemia y la septicemia afectan a cualquier órgano; una de las lesiones de mayor importancia es la colecistitis. El intestino delgado ofrece el rasgo anatómopatológico más sobresaliente, característico de la fiebre tifoidea, que se manifiesta con mayor intensidad en -- la parte inferior del ileon, pero que también afecta al colon. Consiste en tumefacción inflamatoria de las placas de Peyer y folículos solitarios, los cuales contienen un número tan elevado de fagocitos mononucleares que la masa linfóide se proyecta por encima de la mucosa circundante. Cuando la enfermedad tiene carácter leve, el proceso se detiene en este período y en seguida se inician los cambios progresivos y la curación. Cuando la enfermedad se agrava, las lesiones se necrosan hacia el final de la primera semana. Después de esta necrosis, que se -- cree consecuencia de la obstrucción de los vasos sanguíneos, por taponamiento

miento o por la compresión que ejercen las células neoformadas, la pared de los vasos sufre erosión y se rompe, produciendo hemorragia. La ulceración del tejido linfoide puede invadir hacia afuera, penetrar en la capa muscular, perforar la pared intestinal y abrirse en la cavidad peritoneal. Durante la tercera semana suele comenzar la curación de las úlceras, con escasa o ninguna formación de tejido cicatrizal. Sin embargo, cuando la ulceración ha sido extensa, el fondo de la úlcera se cubre de epitelio simple y no se forman nuevas glándulas. Los ganglios linfáticos mesentéricos se hallan tumefactos y blandos, sus mallas están distendidas por gran número de fagocitos mononucleares. A veces, la supuración de los ganglios hace que se rompan; entonces se abren a la cavidad peritoneal. Las lesiones tíficas del hígado, que con frecuencia se observa grueso, blando y en estado de degeneración paquerquimatosa, consisten en necrosis con proliferación mononuclear. Desde los comienzos, el bazo casi siempre está agrandado, congestionado, duro e hiperplástico, pero se ablanda mucho después que ha alcanzado su tamaño máximo.

Aunque la vesícula biliar siempre está afectada, las alteraciones estructurales son muy escasas, excepto en algún caso excepcional de colecistitis aguda. El cuadro patológico del riñón es el de la degeneración albuminoidea, con uno que otro acúmulo de bacilos y posible baciluria tifoidica. En ocasiones hay glomerulonefritis benigna.

El bacilo tifoídico, solo o en combinación con microbios piógenos, como el estafilococo, produce supuración. Por consiguiente, es natural que la bacteremia tífica produzca supuración y abscesos casi en cualquier órgano del cuerpo. Los huesos son, a veces, asiento de condritis, periostitis y osteomielitis. Además, en ellos ocurre una lesión muy característica de la tifoidea: la de la médula ósea, que se traduce en las típicas alteraciones de los elementos blancos de la sangre periférica. En la médula ósea roja, las formas granulosas de los leucocitos son en gran parte reemplazados por células fagocitarias proliferantes de origen endotelial. Por esta razón, en la tifoidea hay leucopenia con 5 000 leucocitos por milímetro cúbico o menos, en lugar de la leucocitosis que cabría esperar por tratarse de una enfermedad aguda infecciosa. Las alteraciones parenquimatosas, resultado de la acción tóxica, no son lesiones específicas de la fiebre tifoidea, si bien, como en el caso de la degeneración de Zenker (degeneración hialina del tejido muscular -- con pérdida de la estriación, fragmentación y lisis de la fibra), suelen ser muy manifiestas. La degeneración albuminoidea es la principal alteración anatómica del riñón y del hígado; la degeneración hialina de Zenker suele observarse en los músculos, especialmente los rectos abdominales, el diafragma y las del muslo. 20/

Manifestaciones clínicas : síntomas : período prodrómico : a semejanza de otras enfermedades infecciosas, en la tifoidea hay un definido período de incubación, entre la ingestión de los bacilos y la aparición de los síntomas; la duración del período de incubación, varía entre tres y veintiun días, siendo lo más frecuente que dure de 10 a 14 días. Aunque se acepta generalmente que el período de incubación es más corto cuanto mayor es la cantidad de bacterias ingeridas. La duración de la enfermedad en un caso medio no tratado es de cuatro semanas. El comienzo suele ser gradual, y los síntomas durante el período de incubación consiste en malestar general, cefalea gravativa, anoroxia, dolores generalizados, faringitis y signos de bronquitis. Transcurrido el período inicial, los síntomas de la enfermedad aparecen ya bien acusados, hacia el final de los primeros siete o diez días. Se describirán estos síntomas en relación con los diversos sistemas funcionales del cuerpo.

Manifestaciones cutáneas :

En el curso de la fiebre tifoidea la piel suele estar seca, y un número considerable de enfermos se queja de sudores intensos, por lo regular, más intensos durante el período de efervescencia cuando las oscilaciones diarias de la temperatura son mayores. Las manchas rosadas, manifestación de embolias bacterianas en los capilares cutáneos y las úlceras de decúbito suelen ser las lesiones cutáneas más frecuentes. --

Las manchas rosadas consisten, por lo regular, en máculas redondas ligeramente prominentes, de color rosa pálido, de dos a cuatro milímetros - de diámetro. Se desvanecen al oprimirlas; es característico que aparezcan después del octavo día, sin embargo pueden aparecer antes del -- cuarto y después del vigésimo primer día de enfermedad. Se localizan casi siempre en el abdomen, pero también se observan en el pecho, la es pálda, las extremidades y la cara, en orden decreciente de frecuencia. No es raro que estas lesiones aparezcan en brotes sucesivos; cada brote comprende de 4.5, 40 o más manchas. Cada uno de los brotes dura -- por lo general de dos a cinco días y casi siempre desaparecen sin dejar huella, la erupción no causa prurito. Las lesiones de decúbito suelen indicar compresión y falta de limpieza, más que lesiones patognomónicas de la tifoidea. En los casos de tifoidea sin complicaciones, el herpes labial es raro.

Temperatura :

Después del comienzo real de la enfermedad, que con frecuencia es difícil de precisar, salvo en las raras ocasiones en que se caracteriza por escalofríos, al cabo de una semana, la fiebre se hace sostenida; la gráfica de temperatura muestra una clásica meseta. Por la mañana, la fiebre cede un poco, pero por la tarde vuelve a elevarse.

La temperatura máxima suele ser de 42 grados centígrados o mantenerse -

en 40 grados.

En algunas ocasiones las variaciones térmicas amplias dependen de tratamientos antipirético. Al comenzar la defervescencia, las altas temperaturas comienzan a manifestar remisiones más acentuadas, casi siempre por la mañana. La temperatura casi siempre desciende por lisis. - Aunque en los comienzos de la enfermedad sólo algunos de los enfermos - presentan escalofríos, no es raro que en el transcurso de la misma y es especialmente durante su defervescencia, cuando las variaciones diarias - de la temperatura son más intensas, los pacientes se quejan de escalofríos.

Manifestaciones neuromusculares :

Los síntomas nerviosos son frecuentes en los enfermos de fiebre tifoidea, la cefalea, el insomnio y los vértigos son síntomas relativamente precoces. En cambio, suelen manifestarse en los períodos tardíos de la enfermedad : cefalea, apatía, delirio, estupor, coma. La gravedad de estos síntomas dependen de la intensidad de la toxemia. El dolor y la rigidez de la nuca cuando son suficientemente intensas se debe practicar punción lumbar. En más del 90 % se observa dolor muscular generalizado. El lumbago es a veces el síntoma más sobresaliente. La debilidad por lo regular la más persistente e intensa de las manifestaciones neuromusculares, suele desaparecer poco a poco a medida que avanza

la convalecencia.

Organos de los sentidos :

La fiebre tifoidea produce raras ocasiones fotofobia, congestión de la conjuntiva y conjuntivitis purulenta. También son raros la sordera transitoria, la otitis media y la mastoiditis. Estas dos últimas afecciones son más frecuentes en niños.

Manifestaciones respiratorias :

En la mayor parte de los enfermos de fiebre tifoidea se observan síntomas respiratorios de variable intensidad, con coriza, amigdalitis y -- bronquitis, en más del 95 % hay tos sin expectoración. Las epistaxis se observan en el 20 % de los enfermos. Puede haber dolor torácico, los estertores suelen depender de la bronquitis o la neumonitis, pero con frecuencia indican congestión pulmonar hipostática. Los estertores se oyen casi siempre durante los períodos de mayor gravedad de la infección.

Manifestaciones cardiovasculares :

Los síntomas cardiovasculares son muy variados. La frecuencia del pulso (96 por minuto), ritmo relativamente lento con relación a la intenu

sidad de la fiebre, pero más rápido de lo que cabría presumir. En el período de toxemia más intensa, en general durante la segunda y tercera semana, se puede observar un aumento en la frecuencia del pulso, que en ocasiones llega a ser proporcional a la intensidad de la fiebre (122 - por minuto).

En los inicios de la enfermedad la presión sanguínea suele ser normal; sin embargo, a lo largo del curso febril se produce un descenso de ésta. Durante los períodos de mayor gravedad de la enfermedad, se oye en la - tercera parte aproximadamente de los enfermos, un soplo sistólico, casi siempre suave. Por lo general, este soplo se oye en los focos mitral o pulmonar; suele desaparecer a medida que las manifestaciones de la - toxemia y la anemia disminuyen de intensidad.

Manifestaciones gastrointestinales :

Aunque la fiebre tifoidea es de naturaleza esencialmente septicémica, las alteraciones anatomopatológicas macroscópicas predominantes, suelen asentar en el intestino delgado. Por consiguiente, la tifoidea hará - siempre tener la posibilidad de manifestaciones gastrointestinales que a veces ponen en peligro la vida. En más del 90 % de los enfermos - se observa repulsión por los alimentos, que con frecuencia son síntoma prodromico, este trastorno tiene importancia clínica en cuanto al trata-
miento, pues la anorexia suele hacerse más intensa a medida que la en-

fermedad progresa y es reemplazada por aumento del apetito cuando comienza la desfervescencia. La diarrea es síntoma prodromico, suele iniciarse hacia el octavo o noveno día de la enfermedad y durar de 2 a 15 días. El estreñimiento, en un momento y otro del curso de la enfermedad, es de dos veces más frecuente que la diarrea y constituye trastornos molestos durante la segunda y tercera semana, en los casos que no presentan diarrea. Puede haber dolor abdominal o sensibilidad a la palpación; suelen iniciarse después de la primera semana; se perciben en cualquiera de los cuadrantes abdominales, pero lo más frecuente y característico es que se localicen en el cuadrante inferior derecho. Puede presentarse distensión abdominal. La saburra u la halitosis se hacen más intensos a medida que la enfermedad progresa, sobre todo cuando se descuida la higiene bucal. Algunos enfermos experimentan náuseas durante la enfermedad, casi siempre acompañadas de vómitos de intensidad variable.

Manifestaciones hepáticas y de la vesícula biliar :

A pesar del carácter bacterémico de la fiebre tifoidea y de que el bacilo tífico vive bien sobre medios de cultivo biliados, no todos los pacientes presentan colecistitis o tumefacción hepática.

Manifestaciones genitourinarias :

Los síntomas de aparato genitourinario no son frecuentes en los enfermos de fiebre tifoidea. De vez en cuando se observa algún caso de nefritis, pielitis, cistitis, casi siempre de origen vesical. Por el contrario, hay baciluria tífica en un número bastante considerable de enfermos. 21/

Datos de laboratorio :

Los análisis de laboratorio poseen gran valor en cuanto al diagnóstico de la fiebre tifoidea, especialmente durante las fases iniciales de la enfermedad. En realidad, el diagnóstico de esta afección depende de que se encuentre el bacilo tífico en sangre, heces u orina durante algunos de los períodos de la enfermedad y de la reacción de Widal positiva.

Hemocultivo :

El hemocultivo positivo es el signo más precoz y concluyente de la fiebre tifoidea. Si la técnica es adecuada, del 75 al 90 % de los casos darán hemocultivo positivo en el curso de la primera semana. A medida que la infección progresa y se localiza, el porcentaje de hemocultivos positivos disminuye rápidamente, de semana a semana.

Cultivo de Heces o coprocultivo :

Cuando se emplean métodos cuidadosos de cultivo, se comprueba que el 50 % de los enfermos eliminan bacilos en las heces durante la tercera semana. Esta cifra aumenta en el curso de la convalecencia hasta 80 ó 90 %.

Cultivo de la orina :

La baciluria tífica no suele ocurrir hasta transcurrida la segunda semana, se presenta del 25 al 50 % de los casos. Con objeto de evitar los peligros que ofrecen los portadores de gémnes, habrá que realizar repetidos cultivos de heces y orina. Se ha demostrado que alrededor del 11 % de los sujetos eliminan todavía bacilos de ocho a diez semanas -- después de la curación (portadores crónicos) se comprueba que del 2 - al 4 % de los antiguos enfermos siguen eliminando bacilos. En lo que respecta al cultivo de la orina, alrededor del 12 % de los enfermos -- muestran baciluria tífica durante la convalecencia. Son raros, en cambio los portadores urinarios crónicos.

Cultivo de bilis :

Como la bilis contiene microbios en gran cantidad y en forma pura, el cultivo de bilis puede ser positivo con mayor regularidad que los culti

vos de heces.

Seroaglutinación de Widal :

La investigación de las aglutininas (cuando al agregar suero de la -- sangre del enfermo al cultivo de bacilos tíficos se obtiene aglutina-- ción). Es de gran importancia diagnóstica, pero presenta limitacio-- nes bien definidas. Para que se produzcan anticuerpos es necesario -- que transcurra cierto tiempo; por lo tanto la seroaglutinación no sue-- le ser positiva hasta la segunda semana de enfermedad. Desde que se - descubrió que el bacilo tífico contiene dos antígenos llamados "O" y - "H", se han demostrado que las aglutininas que aparecen en un sujeto -- con inmunidad previa, como resultado del estímulo de alguna afección - posterior no tífica, perteneciente al tipo "H" y no al tipo "O", a la - inversa, si el análisis de sangre demuestra la presencia de aglutininas del tipo "O", ello significa que la infección es del grupo tífico.

Cuadro hemático :

Aunque la citometría hemática de los enfermos de fiebre tifoidea no de-- muestra alteraciones patognomónicas, se ha comprobado que suele haber - aumento transitorio del número de leucocitos durante los primeros diez - días de la enfermedad. Después de este aumento se presenta la leuco - penia rápidamente progresiva, en gran parte por disminución del número

de leucocitos polimorfonucleares, con linfocitosis relativa que alcanza máxima intensidad hacia el final de la tercera semana. En los casos sin complicaciones aparentes, se encuentran cifras de leucocitosis que varían entre 1200 y 20 000 por milímetro cúbico; la leucocitosis -- intensa suele indicar alguna complicación. A medida que la enfermedad avanza, se desarrolla con gran rapidez anemia, por lo general de tipo -- hipocrómico normocítico que alcanza máxima intensidad al final de la -- tercera semana. La cifra de eritrocitos suele aumentar al comenzar la convalecencia.

Orina :

Hacia el final de la primera semana no es raro que haya albuminuria --- transitoria. 22/

Complicaciones :

Pueden producirse hemorragias y perforaciones intestinales durante la -- segunda o tercera semana de la enfermedad. La hemorragia intestinal -- intensa ocurre en el 25 %, aproximadamente de los pacientes, aunque las heces contiene sangre macroscópica en el 10 al 20 % de los casos y la -- prueba positiva de sangre oculta es más frecuente todavía. La hemorra

22/ Pullen Roscoe, L., op.cit. pp. 705-710

gía intestinal a veces es tan moderada que ejerce poca o ninguna influencia sobre el desenlace de la enfermedad; en otros casos, las hemorragias son tan abundantes o frecuentes que influyen decisivamente en el pronóstico. La pérdida de cantidades apreciable de sangre en una sola hemorragia, suele ocasionar inquietud, sudación, taquicardia, síncope, palidez y debilidad muscular, al mismo tiempo desciende la presión sanguínea, baja la temperatura, la superficie corporal se enfría y aparece sed intensa. El ahogo y taquipnea indican falta de aire. La hemorragia intestinal suele ocurrir en caso de perforación intestinal por lo general se descubre antes que ocurra la perforación. La de terminación diaria del nitrógeno uréico en sangre es signo fidedigno de que hay hemorragia.

La frecuencia de las perforaciones intestinales varía del 2 al 7 % por lo regular la perforación ocurre en la porción inferior del ileon y, -- con frecuencia menor, en apéndice, ciego, simoide.

Esta complicación suele precederse de meteorismo, diarrea y hemorragia. El peligro de muerte aumenta con cada hora que pasa antes que sean reconocidas las manifestaciones de perforación, se cuenta entre éstas : - síntomas de irritación frénica como por ejemplo dolor intenso y repentino en el abdomen, casi siempre paroxístico, signo de colapso o shock, - dolor abdominal a la palpación, sensación de rebote y rigidez incipiente de los rectos abdominales. 23/

Hay tromboflebitis, en particular en la vena femoral, neumonía y colecistitis en una pequeña porción de los pacientes. Otras complicaciones incluyen osteomielitis, meningitis e infección localizada de cualquier órgano.

Recaída :

Una o dos semanas después de la defervescencia, la enfermedad puede repetir con signos y síntomas similares a los del trastorno inicial, incluyendo la bacteriemia, la recaída ocurre en el 8 al 10 % de los pa---

cientes con tifoidea que no recibe tratamiento antimicrobiano y en el 10 al 20 % de los tratados con cloramfenicol.

La recaída suele ser más leve que el episodio inicial, pero puede ser intensa, incluso mortal. Las manifestaciones pueden durar hasta tres semanas durante la recaída. 24/

Diagnóstico :

Durante las epidemias es fácil el diagnóstico clínico de la fiebre tifoidea a base de los síntomas. La fiebre tifoidea es esencialmente una enfermedad infecciosa aguda, caracterizada por comienzo generalmente insidioso y por elevación progresiva, escalonada y continua de la fiebre. Se debe sospechar de tifoidea cuando se observe un cuadro de cefalea persistente, bronquitis, manchas rosadas que aparecen por brotes, después de la primera semana, esplenomegalia, leucopenia y anemia, que se intensifica a medida que progresa la enfermedad, junto con defervescencia de la fiebre por lisis, durante la tercera o cuarta semana, período en el que aparecen la mayor parte de las complicaciones. 25/

El diagnóstico definitivo se establece aislando el germen de las heces, la sangre o, en ocasiones, del esputo o exudado purulentos. Un aumen-

24/ Beeson Paul-McDemott; op.cit., p.425

25/ Pullen Roscoe, L., op.cit., p. 705

to al cuádruplo creciente del paciente, confirma la presencia de la infección. Sin embargo, cuando el aumento de anticuerpos sólo es contra el antígeno "O", se debe considerar la infección con otras salmonelas - del grupo "D", que compartan antígenos somáticos comunes.

Diagnóstico diferencial :

Los métodos bacteriológicos e inmunológicos ofrecen en la mayor parte - de los casos la prueba diagnóstica definitiva que permite descartar --- otras enfermedades. Como en las primeras etapas el paciente suele observarse muy afectado, con fiebre alta, leucopenia y ningún signo de -- localización, el diagnóstico diferencial debe establecerse con muchas - enfermedades entre ellas las más importantes son infecciones generales con otras salmonelas, tuberculosis diseminada, paludismo, leptospirosis, brucelosis, shigelosis, tífus murino, tularemia, bronquitis aguda, in-- fluenza o neumonía causada por virus o por *Mycoplasma pneumoniae*. --- Las manifestaciones del sistema nervioso central puede hacer sospechar meningitis o encefalitis.

Pronóstico :

La mortalidad cuando no se conocían los antimicrobianos eficaces variaba según el estado socioeconómico, edad del paciente, pero está alrededor del 10 %.

Solía presentarse en casos de toxemia intensa, perforación intestinal, hemorragia intestinal ó neumonía intercurrente. Desde la introducción del cloramfenicol es de 1 al 2 % cuando se dispone de medios adecuados para un buen tratamiento de sostén. La fiebre tifoidea puede coincidir con otras enfermedades cardíacas preexistentes- diabetes, la cual resulta a veces difícil de dominar. La fiebre tifoidea puede activar focos tuberculosos latentes, puede provocar aborto o parto prematuro. Las antes mencionadas, son factores casuales de importancia en la terminación mortal.

Tratamiento :

Tratamiento sintomático : tan pronto como se sospeche de fiebre tifoidea, se tomarán todas las precauciones conducentes a aislar al enfermo y se pondrán en práctica las medidas profilácticas oportunas. Para evitar las úlceras de decúbito se bañará diariamente al enfermo, después de cada defecación se lavará bien, secándole cuidadosamente. Para evitar la estomatitis se lavará la boca, dientes, encías, aplicando después alguna crema como lubricante en los labios. Contra el estreñimiento son preferibles los pequeños enemas a los purgantes.

Si la temperatura pasa de 39 grados centígrados, cada tres o cuatro horas se darán baños de esponja, fríos o tibios, a menos que se sospeche alguna complicación grave. La bolsa de hielo aplicada sobre la cabe-

za, como medida antipirética suele aliviar la cefalea.

El meteorismo abdominal aconseja eliminar los carbohidratos del régimen alimenticio. Cuando no se consiga corregir la diarrea mediante modificaciones dietéticas, será necesario prescribir pequeñas dosis de anti-diarréicos. Es esencial proporcionar al enfermo cantidad suficiente de líquido, recurriendo a la administración parenteral en caso necesario.

Tratamiento de las complicaciones :

La hemorragia intestinal, presunta o comprobada, exige absoluto reposo. Todas las deposiciones serán investigadas en busca de sangre. Asimismo, se tomará la presión sanguínea con intervalos frecuentes. Se dará agua en pequeñas cantidades, pero se proibirá transitoriamente toda alimentación.

Las pérdidas considerables de sangre requieren transfusión de sangre completa citrada. Cuando se produce perforación hay que continuar la administración de cloramfenicol y administrar antimicrobianos adicionales para combatir la multiplicación de la flora intestinal en el espacio peritoneal. Se necesitan transfusiones para las hemorragias copiosas. Por lo regular, la colecistitis cura espontáneamente, pero durante el período agudo eventualmente requiere drenaje quirúrgico. Otras

complicaciones como trombosis arteriales y venosas, parotiditis, otitis media, mastoiditis, insuficiencia circulatoria o neumonía deben recibir tratamiento adecuado para cada caso.

Quimioterapia :

El cloramfenicol se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la fiebre tifoidea desde 1948, y sigue siendo el antimicrobiano de elección. Sin embargo, en 1972 y 1973 se aislaron bacilos de tifoidea en México, Kerala (India), Saigón y Bangkok, resistentes al cloramfenicol, tetraciclinas estreptomycinina y sulfonamidas. En consecuencia, es necesario probar en los aislamientos la sensibilidad a medicamentos, en especial si la respuesta al tratamiento no da buenos resultados. El cloramfenicol se administra por la boca en dosis de aproximadamente 50 miligramos por kilogramo, por 24 horas en cuatro tomas iguales, hasta que la temperatura es normal, después la dosis puede reducirse a 30 miligramos por kilogramo, por 24 horas. El tratamiento de cloramfenicol debe continuarse por un total de dos semanas. La respuesta del tratamiento no es rápida. Los pacientes suelen mostrar mejoría subjetiva después de uno o dos días, pero la temperatura se normaliza hasta transcurridos tres a cinco días de tratamiento. 26/

El tratamiento de la recaída es el mismo que el del episodio inicial. - El cloramfenicol no modifica la frecuencia de portadores crónicos después de la fiebre tifoidea.

La ampicilina también es eficaz en el tratamiento de la fiebre tifoidea, es de particular valor para tratar infecciones con cepas resistentes al cloramfenicol, pero al parecer la respuesta es más lenta que con este antibiótico. Se debe administrar una dosis diaria total de 150 a 200 mg/kg. I.V. en cuatro dosis divididas hasta que el paciente esté afebril y continuarse en seguida por vía bucal hasta un total de dos semanas de tratamiento. Varios estudios han sugerido que el trimetropin--sulfametoxazol es comparable al cloramfenicol en la terapéutica de la tifoidea y que es eficaz en el tratamiento de infecciones resistentes al cloramfenicol. 27/

Tratamiento de portadores :

El tratamiento esterilizante de los portadores no da buenos resultados; por consiguiente, plantea un problema de importancia. La colecistectomía sólo está indicada cuando el bacilo se encuentre exclusivamente en la bilis, pero nunca puede asegurarse el éxito de la operación.

Son muchos los medicamentos que se han ensayado, sin resultado para liberar las heces y la orina del bacilo tífico. La vacunación aún repetidas veces, no da resultado. Es de primordial importancia educar al -- portador de gémenes para que evite diseminar la enfermedad. Nunca se tolerará que los portadores de gémenes manejen bebidas o alimentos para consumo de los demás y se les instruirá con normas concretas respecto a la desinfección y eliminación de sus excreciones.

Profilaxis :

Los estudios de campo controlados han demostrado que la vacuna para la tifoidea es eficaz para disminuir la frecuencia de la enfermedad. La - Secretaría de Salud (antes S.S.A.), prepara una vacuna de Salmonella Typhi, muertas por calor y preservadas con fenol. Se aplica por la vía subcutánea en dos dosis de 0.5 mililitros, separados por intervalos de un mes, en los menores de 10 años se inyecta la mitad de la dosis. En situaciones de emergencia puede reducirse a dos semanas el intervalo - entre ambas aplicaciones. La reactivación es aconsejable cada tres - años con una sola dosis de 0.5 o de 0.25 mililitros, conforme la edad. La dosis preliminar suele causar ligera reacción, pero la segunda inyec - ción con mucha frecuencia produce fiebre, malestar, dolor, anorexia y - cefalalgia. Como reacción local se observa enrojecimiento e indura -- ción, dolor en el brazo y, algunas veces, ligera tumefacción de los gan - glios axilares.

La vacuna debe mantenerse en refrigeración hasta el momento de utilizarse. Está contraindicada en personas con síntomas de enfermedades infecciosas agudas y en quienes están sometidos a tratamiento con agentes inmunodepresores. La vacunación sólo confiere inmunidad relativa y no protege por completo en caso de infección masiva.

Se debe aconsejar la vacunación en todos los niños y adultos que vivan en localidades donde el agua o los alimentos no están bien vigilados y debe insistirse en la necesidad de vacunarse, durante las epidemias o cuando haya especial peligro de contagio, los médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y los trabajadores de los hospitales deben vacunarse obligatoriamente.

GENERALIDADES PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTES.

" Hasta los 10 u 11 años los niños suponen que los papás saben todo y actúan consecuentemente con esta persuasión. Pero, súbitamente, los papás se vuelven ignorantes y de amigos de sus hijos, se tornan en sus enemigos. Es la época en que el niño se convierte en adolescente. 28/

El verbo latino " adolecere " significa crecer, llegar a sazón, alcanzar la madurez. El participio pasado "adultus" significa el que ha crecido, el hombre maduro, el adulto.

Las lenguas modernas han adoptado el término latino con el significado etimológico. La adolescencia significa el período de la vida durante el cual el individuo pasa de la niñez a la madurez, o sea, la etapa en la cual alcanza la plena posesión de sus capacidades físicas y mentales.

El heraldo de la adolescencia es la pubertad, que es un dato fisiológico que prepara los cambios psicológicos de la adolescencia.

Las condiciones sociales de nuestra época han agudizado el fenómeno de

la adolescencia porque han alejado considerablemente la frontera de la madurez. Los muchachos contemporáneos deben continuar durante largos años sometidos a la tutela económica de los padres y empeñados en largos y tediosos estudios antes de emanciparse respecto al hogar paterno.

Para poder entender los cambios psicológicos propios del adolescente, es preciso recordar en grandes rasgos el desarrollo del niño.

El niño pasa de las tinieblas de la inconciencia a percatarse gradualmente de la realidad en que vive sumergido. Conforme se va desarrollando su conciencia se va despertando paulatinamente; apoyándose en los adultos durante estos años; aunque empieza a manifestar impulsos sanos hacia la afirmación e independencia propia. Hacia los once años el niño se siente bastante seguro de sí mismo, entonces es capaz de afrontar y manejar nuevas situaciones externas.

Todo este estado de cosas se desvanece gradual y repentinamente al comenzar la adolescencia. La solidez y estabilidad de las personas y de los hechos se desvanece, no porque éstas y aquellos necesariamente han cambiado, sino porque las relaciones del adolescente con personas y hechos se modifican, debido a la conciencia que él cobra de sí mismo. La ingenua actitud reflexiva del niño tiende a desaparecer. Es como si el niño, al llegar la adolescencia, tenga que redescubrir todo el mundo; este redescubrimiento es mucho más penoso.

Si a estos cambios personales se añade que el ambiente cambia continuamente, que las personas con las que trata son también inestables y que sucesos extraños acaecen con frecuencia, se tendrá una idea de la confusión del adolescente y de su explicable incertidumbre. Una de las consecuencias más relevantes de la adolescencia es la conquista de la independencia, causa de tantas fricciones entre padres e hijos. El problema de la rebelión de los adolescentes consiste en que una forma particular de amor, a saber, el amor infantil que el hijo siente por su padre está en proceso de disolución. Realmente no se rebela tanto contra sus papás, sino contra su propio amor hacia éstos. La rebelión del adolescente es una lucha dentro de sí mismo y consigo mismo y su violencia nace de que es una rebelión del yo que madura contra el yo infantil. El adolescente no puede admitirse a sí mismo que parte de él teme a la libertad ni puede confesarse que parte de él no quiere crecer. La búsqueda de una identidad personal es la tarea vital del adolescente, frecuentemente se pregunta a sí mismo "¿Quién soy yo?". Desobedece y se rebela no tanto para desafiar a sus padres, sino para experimentar su identidad y autonomía.

HISTORIA NATURAL DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

Factores del agente

Salmonella thphi. Bacilo Gram (-) que pertenece a la familia enterobacteriacea. Microorganismo flagelado no esporulado, aerobio y anaerobio facultativo. Crece en medios diferenciales y selectivos. Identificación presuntiva mediante pruebas serológicas.

Factores del huésped.

Más frecuente en niños escolares y adolescentes. Poco frecuente en preescolares y raro en lactantes. no hay diferencia en cuanto al sexo, no confiere inmunidad total ni permanente. Influye estado nutricional y nivel socioeconómico.

Factores del ambiente :

Distribución mundial. Los portadores convalescientes y crónicos contaminan agua y alimentos por medio de sus heces. Las moscas pueden ser un vector. Mayor frecuencia por deficiente saneamiento ambiental, higiene personal y de la vivienda. Falta de agua potable.

Estímulo desencadenante.

Inespecíficos :

Fiebre, cefalea importante malestar general, astenia, adinamia.

Específicos :

Dolor abdominal, náusea y vómito. Manifestaciones respiratorias. Miartral-gias.
Epistaxis
Constipación y diarrea
Hepatomegalia
Esplenomegalia
Cambios en el estado de conciencia.

Fase bacterémica

y septicémica
Invasión del sistema reticuloendotelial

Período de incubación (10-14 días)

Invasión de pared intestinal y folículos linfáticos.

Complicaciones.

Hemorragia digestiva en cualquier parte - del tracto digestivo (micro o macroscópica).
Coagulación intravascular diseminada. -
Perforación Intestinal.
Bronconeumonía
Hepatitis
Miocarditis
Encefalitis
Osteomielitis
Artritis Séptica.

Muerte

Secuelas

Cronocidad.

Horizonte clínico

Recidiva

Curación

PERIODO PREPATOGENICO.

PREVENCION PRIMARIA.

Promoción de la salud :

Educación sanitaria de la población

Higiene personal, higiene de la vivienda, higiene de los alimentos.

Eliminación de las moscas. Protección, purificación y cloración del agua. Vigilancia sanitaria de la elaboración y manipulación de alimentos en sitios públicos. Eliminación sanitaria de heces humanas.

Protección específica :

Inmunización.

Lavado adecuado y frecuente de manos.

Saneamiento ambiental.

Evitar automedicación.

PERIODO PATOGENICO

PREVENCION SECUNDARIA.

Diagnóstico Temprano :

Cuadro clínico. Biometría hemática
Reacción de Widal, reacción de fijación de superficie. Hemocultivo, mielocultivo, coprocultivo.

Tratamiento oportuno :

Medidas generales. Tratamiento específico: Cloramfenicol. Tratamiento de las complicaciones.

Limitación de la incapacidad :

Control clínico después de su apa--

Rehabilitación :

Rehabilitación en los casos

rente restablecimiento. Evitar --
complicaciones, diagnosticarlas y
tratarlas oportunamente si se pre-
sentan.

en que existan secuelas -
por la enfermedad.

EXAMEN CLINICO.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

I. Datos de identificación :

Nombre :	R.D.C.	Servicio :	Medicina Interna
No. de cama :	533 poniente	Fecha de Ingreso :	3/II/84
Edad :	17 años	Estado Civil :	Soltero
Sexo :	Masculino	Ocupación :	ninguna
Escolaridad :	6° Primaria	Religión :	católico
Nacionalidad :	Mexicana	Lugar de procedencia:	Distrito Fed_ ral.

2. Nivel y condiciones de vida :

Ambiente físico

Habitación :

Características físicas : techo de losa, paredes y piso de cemento.

Regulares condiciones de iluminación y ventilación. Rentada.

Número de habitaciones : una recámara, cocina, baño.

Animales domésticos : un perro y un canario.

Servicios sanitarios :

Agua : cuenta con agua extradomiciliaria.

Control de basuras : pasa carro recolector de basura cada tercer día.

Eliminación de desechos : el servicio sanitario cuenta con drenaje.

Iluminación : Alumbrado público (luz mercurial).

Pavimentación : calles pavimentadas.

Vías de comunicación :

Teléfono : no cuenta con este servicio en su domicilio, pero existen -
en cada esquina de su colonia.

Medio de transporte : colectivos y camiones.

Recursos para la salud : Derechohabiente del Instituto Mexicano del Se
guro Social (Unidad Médica Familiar No. 5).

Hábitos higiénicos :

Aseo : baño : paciente que refiere bañarse cada tercer día; el tipo
de baño es completo.

Manos : se las lava antes de cada alimento, después de ir al baño; fre
cuentemente.

Cambio de ropa personal : refiere cambio de ropa interior cada tercer día y la ropa exterior cada dos días.

Alimentación :

Desayuno : se desayuna a las nueve de la mañana. Toma leche, huevo, pan.

Comida : come a las cuatro de la tarde, sopa de pastas, verduras, guisado de carne, chiles rellenos, pollo, pan, toritillas. Toman aguas - de frutas o refrescos embotellados.

Cena : cena a las siete de la noche frijoles, huevos, pan, café o leche.

Alimentos que originen :

Preferencia : bistec, pescado empanizado, tortas de papas, chiles rellenos.

Desagrado : verduras, hígado, riñones.

Intolerancia : pollo.

Eliminación :

Vesical : micciona tres veces al día; horarios variable, orina de ca--

racterísticas normales.

Intestinal : defeca dos veces al día (mañana y noche). Heces de - características normales.

Descanso : paciente que refiere descansar en su cama todos los días -- después de la comida.

Sueño : por lo general se duerme a la una de la mañana y se levanta al otro día a las nueve. Su sueño es profundo.

Diversión y/o deportes : asiste con mucha frecuencia al cine, le gusta ver los programas de televisión y de vez en cuando practica fútbol soccer.

Estudio y/o trabajo : ayuda a su papá en un taller mecánico y a su mamá en los quehaceres domésticos.

Otros : ninguno.

Composición familiar :

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica.
Padre	53 años	Mecánico	\$ 10,000 - 15,000 a la semana
Madre	52 años	Hogar	ninguna
Hermano	23 años	Inspector	lo ignora
Hermana	22 años	Estudiante	ninguna

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Hermano	20 años	Empleado	\$ 10,000 a la semana
Hermana	18 años	Empleada	lo ignora.

Dinámica familiar : se lleva más o menos bien, ya que sus padres y hermanos lo regañan debido a que cuando no le ayuda a su papá en el taller se va de vago con sus amigos. Es muy rebelde con todos.

Dinámica social : su familia no es muy afecta a las fiestas por eso el concurre a muy pocas. Buenas relaciones sociales, según refiere tiene muchos amigos y dice llevarse bien con todos.

Comportamiento (conducta) : paciente que es bastante comunicativo, coopera al interrogatorio y a la exploración física. El paciente refiere no irritarse fácilmente, actualmente se muestra aparentemente --- tranquilo.

Rutina cotidiana : se levanta a las nueve de la mañana, desayuna, ayuda a su mamá en los mandados y limpieza de la casa; y si va a trabajar su papá también le ayuda (el papá no trabaja todos los días).

3. Problema actual o padecimiento :

Problema/padecimiento por el que se presenta : inicia su padecimiento -

hace trece días al presentar diarrea, sin pujo ni tenesmo; sin moco ni sangre y con número de evacuaciones de seis a siete veces al día. Cefalea intensa, punsátil y continúa todo el día, dolor abdominal en hipocóndrio izquierdo tipo cólico; vómito de contenido alimenticio inicialmente y gastroduodenal posteriormente. Pérdida de peso (3 kilogramos en diez días). Refiere astralgia, astenia, adinamia.

Antecedentes personales patológicos : producto de Gesta V por parto - autócico, refiere cuadros frecuentes de amigdalitis durante su infancia; amigdalectomía a los ocho años de edad. Varicela a los seis años.

Antecedentes familiares patológicos : padre de 53 años de edad, vivo, diabético, hipertenso; nefrectomía hace diez años, desconoce la causa. Madre viva de 52 años de edad con cardiopatía no específica. Cuatro hermanos aparentemente sanos.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento : "Se - que la fiebre tifoidea se cura, que estoy bastante mejorado y que muy pronto estaré nuevamente con mi familia, me portaré bien para que ya no se enojen conmigo.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación : el paciente coopera en su tratamiento, con respecto

a la familia, lo visitan diariamente y de una u otra forma están ayudando en mucho al paciente para su pronta recuperación.

II. Exploración física.

Inspección :

Paciente masculino adolescente, de edad aparente a la cronológica, íntegro, mal conformado a expensas de pánfculo adiposo; constitución mesomórfica. Paciente con marcada palidez de tegumentos, conjuntivas pálidas, consciente, bien orientado en las tres esferas, sin fascies características, se encuentra en buenas condiciones de aliño. Encamado en decúbito dorsal y en actitud forzada a expensas de la venoclisis.

Aspecto emocional :

Paciente decaído, somnoliento hipodinámico y asténico, sin embargo coopera al interrogatorio y a la exploración física.

Cabeza : normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos, ojos centrales - con pupilas isocóricas y nomorrefléticas. Conjuntivas hidratadas y - pálidas, pulsos venosos presentes.

Boca: con regular higiene, orofaringe granulosa, hiperémica no conges-

tiva.

Cuello : aumento de volumen por pánfculo adiposo, forma normal, pulsos carotídeos presentes y normales, sin adenomegalias, tráquea central, no vible, no dolorosa, tiroides palpable.

Tórax : con aumento de tejido celular subcutáneo, movilidad torácica - adecuada a la amplexión y amplexación, frecuencia respiratoria de 19 -- por minuto, rítmico y regular. Campos pulmonares limpios, bien ventilados, con adecuada transmisión de voz. Se repercute claro pulmonar. Area cardíaca con frecuencia de 80 por minuto, rítmico, de buena intensidad y sin fenómenos estetoacústicos agregados.

Abdomen : pánfculo adiposo, blando, depresible, no se aprecian visceromegalia, peristaltismo presente y normal.

Genitales externos : apariencia normal con respecto a la edad y constitución, vello androide y escaso.

Extremidades : pulso periféricos presente y normales, no se aprecia -- edema, fuerza y tono muscular sin alteración. Arcos de movilidad conservados y normales.

Columna vertebral : curvaturas fisiológicas conservadas, no se apre---

cian puntos dolorosos ni tumoraciones.

Medición : talla 1.63 centímetros; peso habitual 87 kilogramos; peso actual 84 kilogramos.

III. Datos complementarios.

Exámenes de laboratorio :

Biometría hemática.

Fecha 3/II/84

	Normales	Del paciente	Observaciones
Hemoglobina	12-20 g/dl	12.5 g/dl	disminuido
Hematocrito	45-60 ml/dl	47 ml/dl	normal
Leucocito	6 000 - 10 000 mm ³	5 700 mm ³	normal
Linfocito	24-38 %	20 %	disminuido
Monocito	4-9 %	2 %	disminuido
Eosinofilo	1-4 %	0 %	bajo
basofilo	0-1 %	2 %	aumento

Biometría hemática

Fecha 13/II/84

	Normales	Del paciente	Observaciones
Hemoglobina	15-20 g/dl	12 g/dl	disminuido
Hematocrito	45-60 ml/dl	38 ml/dl	disminuido
Leucocito	5 000-10 000 mm ³	5 000 mm ³	normal
Linfocito	24-38 %	26 %	normal
Basofilo	0-1 %	1 %	normal
Plaquetas	150 000-400 000 mm ³	270 000 mm ³	normal

Biometría hemática

Fecha 19/II/84

	Normales	Del paciente	Observaciones
Hemoglobina	15-20 g/dl	18 g/dl	normal
Hematocrito	45-60 ml/dl	50 ml/dl	normal
Leucocito	5 000-10 000 mm ³	5 000 mm ³	normal
Linfocito	24-38 %	3 %	normal

Reacciones febriles

Fecha 7/II/84 Resultado negativo

Química sanguínea

Fecha 7/II/84

	Normal	Paciente	Observaciones
Glucosa	60-100 mg	100 mg.	normal
Urea	16-35 mg.	17 mg.	normal
Creatinina	75-1.2 mg.	0.9 mg.	normal

	Normal	Paciente	Observaciones
Calcio	9-11 mg.	8.7 mg.	normal
Fósforo	2,4-4.7 mg.	3.2 mg.	normal
CO ₂ total	19-25 mEq	23 mEq	normal
Cloro	99-100 mEq	103 mEq	normal
Potasio	3.6-4.4 mEq	d.3 mEq	normal
Sodio	132-144 mEq	134 mEq	normal

Coproparasitoscópico en serie :

9/II/84 Reporte Echerichia coli y Giardia lambia.

Observaciones : se puede deducir que el paciente presenta un cuadro -- diarréico de etiología bacteriana y parasitaria.

Exámen general de orina y urocultivo.

9/II/84 El exámen general de orina se reportó normal y el urocultivo no reportó desarrollo bacteriano.

Mielocultivo. 10/II/84 Se reporta positivo a Salmonella typhi. Sensible a todos los antibioticos de rutina estudiada.

Observación : el paciente presenta fiebre tifoidea.

Reacciones febriles : 15/II/84 Resultado: positivo a Salmonella -- typhi (superior al 1.80).

Exámenes de gabinete :

Radiografía de abdomen y tórax. 7/II/84, no reporta datos patológicos.

IV. Problemas detectados.

Fiebre tifoidea : obesidad mixta (exógena y constitucional) Vagancia y rebeldía.

Perfil del paciente :

Adolescente masculino de 17 años, de edad aparente a la cronológica, ---
obeso. Se encuentra encamado, consciente, bien orientado en persona,
lugar, tiempo y espacio ; sin facies características ni movimientos -
anormales.

Diagnóstico de Enfermería :

Adolescente que presenta fiebre, acompañada de cefalea, hipodinamia, -
astenia e hiporéxia; conjuntiva y tegumentos pálidos con regular hidra-
tación de mucosas orales ; decaído y somnoliento debido al síndrome dia-
rréico ocasionado por hábitos higiénicos y nutricionales deficientes ---
originados por el medio socioeconómico y educacional bajo al que perte-
nece.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	NECESIDADES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	81. EVALUACION
DESHIDRACION.	Deshidratación de piel y mucosas orales secas Lengua seca ojos hundidos Oliguria	La deshidratación puede definirse como un estado clínico de deficiencia de agua. Este trastorno se vuelve consistente en un balance hídrico negativo, está condicionado por las pérdidas bruscas de líquidos y electrolitos; en este caso por la fiebre (diaforéisis), - vómito y evacuaciones líquidas frecuentes. Una persona normal bebe alrededor de 1500 a 2000 ml. de agua por día. - Los ingresos de agua en el cuerpo son exógenos o endógenos. El ingreso exógeno se produce por ingestión, infusiones intravenosas. El agua se obtiene como resultado de la contracción celular, la destrucción de células y oxidación de grasas y proteínas celulares. El cuerpo pierde agua por vía del tracto gastrointestinal, - los pulmones, los riñones y la piel. Estas pérdidas son las que el cuerpo da de sí en forma cotidiana para la termorregulación por la piel y los pulmones y el control de los productos tóxicos del metabolismo mediante la excreción renal y gastrointestinal. El adulto pierde 1,200 ml. de agua diario por la excreción de orina. Los pulmones expulsan más o menos de 500 a 700 ml. de agua en 24 horas en forma de vapor imperceptible. La pérdida normal de agua a través de la piel asciende a 200 ml. diarios por vaporización imperceptible	Restaurar pérdidas de líquido y electrolitos corporales.	Instalación de venoclisis; canalizar y mantener vena permeable para soluciones parenterales (solución glucosada al 5%).	La circulación se efectúa en un lapso promedio de 20". La vía intravenosa es excelente para la administración de agua y electrolitos o algún otro nutriente; pues pasa directamente al líquido extracelular que es necesario para secretiones y excreciones como saliva, jugo gástrico, bilis y para la conservación de las células. La solución glucosada escon el fin de hidratar y proporcionar glucosa (calorías)	Se le canalizó y se mantuvo así hasta que superó el proceso agudo.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	NECESIDADES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	82. EVALUACION
DIARREA	Evacuaciones líquidas no félicas en número de --- veces a siete veces al día.	Las infecciones entéricas se manifiestan de manera característica por diarreas acompañándose por otras manifestaciones de padecimiento gastrointestinal. La diarrea puede ser manifestación inicial de infección debido a la estimulación de las terminaciones nerviosas en la mucosa y pared intestinal por inflamación, edema y ulceración con hiperactividad del intestino delgado y grueso. En la Fiebre tifoidea la diarrea es sintoma prodromico, suele iniciarse hacia el octavo o noveno día de la enfermedad y dura de dos a quince días.	Diminución del número de evacuaciones.	Administración antimicrobiano: Cloranfenicol V.O. Ampicilina I.M. Trimetropin con sulfametoxazol	El cloranfenicol es principalmente bacteriostático y es medicamento de primer elección en la fiebre tifoidea. Es un potente inhibidor de la síntesis proteica en las bacterias. Se absorbe rápidamente en el aparato digestivo y se distribuye ampliamente en los tejidos y líquidos del cuerpo incluyendo líquido cefalorraquídeo y penetra bien a las células. Antimicrobiano, inhibe la síntesis de proteína en las paredes de las células bacterianas que contienen un mucopéptido. La ampicilina es probablemente sólo el medicamento de segunda elección (después del Cloranfenicol), en la Salmonellosis sintomática. Son medicamento inhibidores efectivos de la síntesis del D.N.A., lo cual no permite la autoduplicación de la bacteria debido a que producen un bloqueo secuencial en la síntesis.	Disminuye el número de evacuaciones y aumentó la consistencia de la misma.
	Pérdida de Electrolitos.	El Colon ascendente está principalmente relacionado con la absorción de agua y electrolitos, tales como cloruro de sodio. Absorbe el sodio y excreta el potasio a la luz intestinal; este hecho explica probablemente porque un paciente con diarrea que, persiste durante varios días está propenso a la hipopotasemia. Absorbe el cloro y excreta el bicarbonato. Cuando la diarrea es severa la concentración de sodio en las heces aumenta, mientras que la del potasio disminuye.				

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	NECESIDADES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	83. EVALUACION.
DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO	Fascias dolorosas. Actitud postural en gatillo.	Las vísceras intraabdominales y las envolturas peritoneales cuando están sanas son insensibles a otros estímulos mecánicos aparte de la distensión y al restiramiento. Los receptores del dolor se encuentran prácticamente en todos los tejidos del cuerpo y tienen una función protectora o indican una fisiopatología. El dolor en cualquier sitio del abdomen puede resultar de muy diversos estados patológicos o ser el resultado de lesiones físicas y surge por estimulación de las terminaciones nerviosas somáticas o viscerales.	Aliviar el dolor	Administración de un analgésico (pirazolona)	El efecto terapéutico de la pirazolona en dosis suficientes tiene acción analgésica por su efecto en el Sistema Nervioso Central.	Dolor abdominal por cólico disminuye de intensidad aún sigue constante.
VOMITO	Vómito (de contenido alipéptico inicialmente y gástrico posteriormente).	Ocurre en las dos terceras partes de los pacientes con padecimiento tóxico-infeccioso del aparato digestivo. A pesar de su frecuencia y gran importancia clínica no se conoce bien el mecanismo nervioso del acto y estímulos físicos y químicos.	Evitar los vómitos	Mantener en ayuno.	El ayuno o la reducción de alimentación especialmente de grasas y carbohidratos con la finalidad de evitar que se irrite la mucosa gastrointestinal, además de disminuir el esfuerzo del aparato gastrointestinal.	Se le mantuvo en ayuno y ya no reportó vómito. Se observa mejoría y se inicia dieta de líquidos claros, posteriormente blandos.
NEUROMUSCULAR.	Somnoliento y decaído. Hipodinamia. Astenia. Hiporexia	La sensación de malestar físico puede indicar peligro de lesión o lesión del organismo. Estos síntomas generalmente son parte del cuadro clínico que se instala de manera insidiosa y son atribuibles a las infecciones de enfermedades gastrointestinales.	Reposo relativo	Movilización fuera de su cama. Descenso en su cama o reposo	Tanto en el estado de salud como durante la enfermedad, la buena postura y los movimientos del cuerpo constituyen elementos esenciales terapéuticos y estéticos. El descanso del organismo es indispensable para recuperar las energías gastadas. El uso de la mecánica corporal contribuye a conservar la salud.	Dependiendo del ánimo y estado del paciente, se bajaba al reposo o se le invitaba a deambular por ratos.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	NECESIDADES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	84. EVALUACION.
OBESIDAD MIXTA (FISICA Y CONSTITUCIONAL)	Panículo adiposo en diversas áreas del cuerpo: cuello, tórax, abdomen.	Cuando se ingieren grasas en cantidad abundante y que el cuerpo no tiene necesidad inmediata, éstas se almacenan en el tejido adiposo subcutáneo. Las causas de obesidad pueden ser por sobrealimentación, o sea que ingieren alimentos ricos en calorías que que liberan muchas energías que las que realmente necesita el organismo y esto puede ser por neurosis, hábitos dietéticos y culturales o en personas normales pero inactivas.	Reducción del peso corporal.	Vigilar que se le proporcione dieta baja en carbohidratos y grasas, líquidos abundantes.	Los pacientes son sustancias químicas de los alimentos que suministran energía, obran como bloques de construcción en la formación de nuevos componentes corporales. La pérdida de peso se basa en algo más que la vanidad del paciente; la obesidad hace aumentar la susceptibilidad a numerosas enfermedades y la expectativa de vida se reduce en comparación a una persona en peso ideal.	Se pudo observar una pérdida de peso de tres kilogramos (peso habitual de 87 kilogramos; peso actual 84 kilogramos).
EMOCIONAL	Rebelión	La adolescencia está principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Además de que se ven afectados por los cambios físicos que ocurren en sus propios cuerpos, también en una forma sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses su conducta social y la calidad de su vida afectiva.	Necesidad de identificación	Platicar con el paciente para que trate de comprender a sus padres.	El problema de la rebelión de los adolescentes consiste en que el amor infantil que éste siente por sus padres está en proceso de disolución. Realmente no se rebela tanto contra su padre, sino contra su propio amor hacia éstos, es una lucha dentro de sí mismo. La búsqueda de una identidad personal es tarea vital del adolescente. Desobedece y se rebela no tanto para desafiar a sus padres, sino para experimentar su identidad y autonomía.	El paciente comentó que iba a cambiar su comportamiento por que se dio cuenta que su familia si lo quiere.
	Vagancia (no estudia ni trabaja).	Es una forma de llamar la atención, ya que el adolescente no puede admitirse a sí mismo que parte de él teme a la libertad, ni confesarse que parte de él, no quiere crecer, aunque esté en la búsqueda de su identidad y autonomía.	Necesidad de afecto y comprensión	Platicar con la familia para que comprendan al paciente y así evitar fricciones. Sugerencias de consultar con un psicólogo.		La familia aceptando la sugerencia de poder ayudar a un psicólogo, para que se entiendan mejor (a familia-paciente).

OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS.

1. Identificar los problemas y/o necesidades de salud del paciente - con fiebre tifoidea.
2. Mejorar el estado clínico del paciente con fiebre tifoidea, mediante cuidados de enfermería específicos y generales de acuerdo a las condiciones de salud y necesidades detectadas.
3. Proporcionar atención integral considerándolo como un ser biopsicosocial.
4. Lograr la meta común (mejoramiento y/o restablecimiento de la -- salud) conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.

Tiene que asistir a consulta externa a su clínica de adscripción, continuar con el tratamiento en el horarios prescrito aunque presente mejoría.

II. Acciones específicas :

a. Higiene personal.

El baño diario, o cada tercer día.

El cambio de ropa diario, en caso contrario se cambiará únicamente ropa interior limpia diariamente.

b. Descanso y sueño.

El paciente deberá dormir por lo menos ocho horas para recuperar las energías gastadas.

Consultar con un psicólogo para que le ayude a una mejor comprensión a los cambios (psicológicos y físicos) ocurridos en él.

CONCLUSIONES.

Se considera de gran utilidad haber instrumentado el proceso de atención de enfermería a un caso clínico de Fiebre Tifoidea en virtud de la experiencia personal adquirida y el beneficio que con ello se proporcionó al paciente.

En la aplicación del plan de atención de enfermería, fue fácil advertir que para la correcta aplicación de las acciones por el equipo interdisciplinario de salud, deben estar previamente planeadas y finalmente evaluadas con el objetivo de corregir posibles desviaciones en su forma de aplicación y con ello garantizar una mejor calidad de atención en otros casos similares.

Finalmente, es de esperarse que el esfuerzo realizado tenga utilidad para otros pacientes con casos similares.

GLOSARIO DE TERMINOS.

AEROBIO	Bacteria o microfito que requiere para - vivir aire u oxígeno libre.
AGENTE	Poder, principio o sustancia capaz de ac- tuar sobre el organismo. '
ALBUMINURIA	Presencia de albúmina en la orina.
AMPLEXACION	Acción de rodear con el brazo un objeto - para apreciar su forma y desarrollo. Se ha aplicado el examen de tórax, pero - sirviéndose de las manos aplicadas de pla no.
ANEROBIO	Microorganismo que sólo puede vivir fuera del contacto del aire u oxígeno libre.
ANEMIA	Literalmente, falta de sangre; clínicamen te disminución de la masa de sangre o de alguno de sus componentes, especialmente glóbulos rojos o hemoglobina.

ANTICUERPO	Sustancia específica de la sangre y líquido de los animales inmunes producida como reacción a la introducción de un antígeno y que ejerce una acción antagónica específica sobre la sustancia por cuya influencia se ha formado. Es el agente de la inmunidad.
ANTIGENO	Término general para toda sustancia que, introducida en el organismo animal, provoca la formación de anticuerpos.
APATIA	Falta de sentimiento o emoción, impassibilidad o indiferencia.
ASTENIA	Falta o pérdida de fuerza.
BACILURIA	Presencia de bacilos en la orina.
BACTERICIDA	Destructor de bacterias; agente que destruye bacterias.
CEFALEA	Dolor de cabeza.

CITOMETRIA	Medición o numeración de las células.
COMA	Estado de sopor profundo con abulia -- del conocimiento, sensibilidad y movilidad que aparece en el curso de ciertas enfermedades o después de un traumatismo -- grave.
CONDRIITIS	Inflamación del cartilago.
CONTAMINACION	Infección de personas u objetos por contacto.
CORIZA	Afección catarral de la mucosa nasal, asociada con derrame, mucosa o mucopurulento por los orificios nasales.
DEPOSICION	Evacuación intestinal
DESECACION	Evaporación o eliminación del agua de un cuerpo mineral u orgánico.
DESHIDRATACION	Disminución o pérdida del agua de constitución de los tejidos.

DIARREA	Evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante.
EMPIEMIA	Formación o derrame de pus en una cavidad preexistente, especialmente la pleura.
EENDEMIIA	Enfermedad, generalmente infecciosa, que reina constantemente en épocas fijas en - ciertos países por influencia de una causa local especial.
ENDÓTOXINA	Toxina retenida en el cuerpo vivo de las bacterias, que no se espera de ellas sino por disgregación de las mismas.
EPIDEMIA	Enfermedad accidental transitoria, generalmente infecciosa, que ataca al mismo - tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas.
ESTERTOR	Sonido anormal percibido por la auscultación torácica, producido por el paso del aire a través de líquidos bronquiales o por la resonancia del tórax en distintas

	condiciones patológicas de los bronquios.
ESTUPOR	Estado de inconciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos; se observa en ciertas formas graves de Fiebre Tifoidea.
EXOSTOSIS	Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso o diente.
PIEBRE	Síndrome complejo integrado por hipertermia, taquicardia, taquipnea, estado subural, quebrantamiento e intranquilidad.
FOTOFOBIA	Intolerancia anormal para la luz.
HALITOSIS	Olor anormal del aire espirado. Aliento fétido.
HEMOCULTIVO	Siembra en medios apropiados de una pequeña cantidad de sangre de un enfermo, con objeto de establecer el diagnóstico bacteriológico.

HIGIENE	Ciencia que trata de la salud y de su <u>con</u> servación.
HIPODINAMIA	Fuerza disminuida.
HIPOPLASIA	Disminución de la actividad formadora o - productora.
HIPOREXIA	Anorexia moderada, desgana.
INCIDENCIA	En Estadística Sanitaria, proporción de - enfermos nuevos de una enfermedad de 1000 habitantes en un espacio de tiempo, gene- ralmente un año. Frecuencia.
INCUBACION	Período de latencia que transcurre entre el contagio y las primeras manifestacio-- nes de una enfermedad.
INDURACION	Endurecimiento de los tejidos de un órga- no.
INFECCION	Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos y acción <u>mor</u>

bosa de los mismos y reacción orgánica --
consecutiva.

INMUNIDAD

Conjunto de manifestaciones que un organism
o vivo es capaz de desarrollar en su es-
fuerzo para adquirir un estado refractario
frente a las infecciones.

LEUCOPENIA

Reducción del número de leucocitos en la
sangre por debajo de 5 000.

NECROSIS

Muerte de un tejido en general.

PATOGENO

Productor o causante de enfermedad.

PIELITIS

Inflamación de la pelvis renal.

PRURITO

Sensación particular que incita a rascar-
se.

PUJO

Dolor abdominal acompañado con falsa nece
sidad de evacuar el vientre, con sensa---
ción de escozor en la región anal.

QUIMOTERAPIA	Tratamiento por sustancias químicas, especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados sin dañar los tejidos orgánicos.
SABURRAL	Materia mucosa, espesa, indigerida en el estómago, o formando una capa sobre la lengua.
SEPTICEMIA	Estado morbozo debido a la existencia en la sangre de bacterias patógenas y productos de la misma.
SINCOPE	Desfallecimiento, desmayo, lipotimia.
SINDROME	Cuadro o conjunto sintomático; serie de signos y síntomas que existen a un tiempo.
SINONIMIA	Término cuya significación es igual o análoga a la de otra.
SUSCEPTIBLE	Capaz de recibir modificación o impresión No inmune.

TAQUICARDIA	Aceleración de los latidos cardiacos.
TAQUIPNEA	Respiración acelerada, superficial.
TENESMO	Deseo continuo, doloroso e ineficaz de -- orinar o defecar.
TOXEMIA	Presencia de venenos o toxinas en la san- gre y estado morboso consecutivo.
TUMEFACCION	Hinchazón, aumento de volumen de una par- te por infiltración, tumor o edema.
ULCERACION	Proceso de necrosis productor de una úlce- ra.
VERTIGO	Alteración del sentido de equilibrio, ca- racterizada por una sensación de inestabi- lidad y de movimiento aparente rotatorio del cuerpo o de los objetos presentes.

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

- ANDERSON, Arnstein Control de Enfermedades Transmisibles
Editorial Interamericana, S.A , 4a.
Edición, México, 492 pp.
- ASOCIACION Nacional de Escuelas Proceso de Atención de Enfermería, -
de Enfermería, A.C. México, 1979, 68 pp.
- BEESON, Paul Modemott Tratado de Medicina Interna, de Cecil
Loeb. Tomo I, Editorial Interamericana,
S.A., 14a. edición, México, 1976
1039 pp.
- CARDENAL Diccionario Terminológico de Ciencias
Médicas, Editorial Salvat, S.A. 10a.
Edición, México, 1 188 pp.
- COMISION Mixta Coordinadora en Gastroenteritis, Publicación Técnica
Salud Pública, Asistencia y Se No. 3, México, 1972, 64 pp.
guridad Social.
- CLIFFORD Kimber, Diana Manual de Anatomía y Fisiología, Edi
torial Prensa Médica Mexicana, 10a.,
edición, México, 1978, 778 pp.
- ERNESTO Meneses Morales Educar Comprendiendo al niño, Editio-
tial Trillas, México, 1984, 215 pp.
- FARRERAS, Valenti Medicina Interna, Tomo II, Editorial
Marín, S.A., 9a. Edición, México, --

- 1978, 1 155 pp.
- JAWETZ, Melnick Manual de Microbiología Médica, Editorial El Manual Moderno, 7a. Edición México, 1977, 658 pp.
- KUMATE, Jesús Manual de Infectología, Ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 7a. edición, México, 1980, 468 pp.
- LOPEZ Cano, José L. Método e hipótesis científica, parte I, Editorial ANUIES, México, 1975, - 75 pp.
- MERCK & Co., Inc. El Manual de Merck de Diagnóstico y terapéutica, 5a. edición, Rahwey, N.J. 1974, 1 696 pp.
- MEYERS, Jawetz Farmacología clínica, Editorial El - Manual Moderno, S.A., 4a. edición, - México, 1980, 869 pp.
- NORMARK, Madelyn Titus Principios científicos aplicados a - la enfermería, Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1976, 298 pp.
- PULLEN, Roscoe L. Diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades transmisibles, Editorial Interamericana, S.A., 1a. edición, - México, I 098 pp.
- SSA. Subsecretaría de Salubridad Control de enfermedades transmisibles 3a. Edición, México, 1979, 504 pp.

STANLEY Mikal

Homeostasis en el Hombre, Editorial
"EL ATENEO", México, 1980, 415 pp.

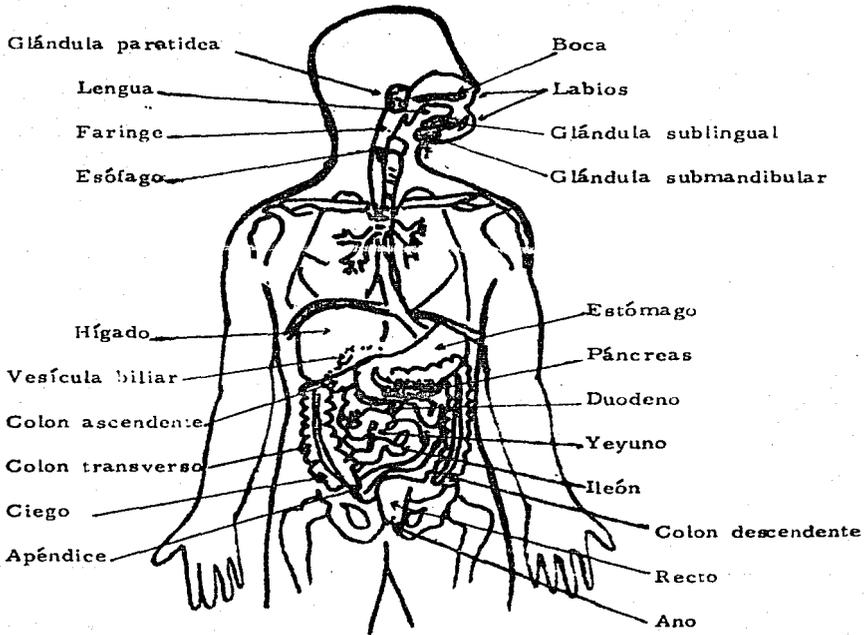
TORTORA, Anagnostakos

Principios de Anatomía y Fisiología.
Editorial Harla, S.A., México, 1978
628 pp.

TRUELOVE-Teynell

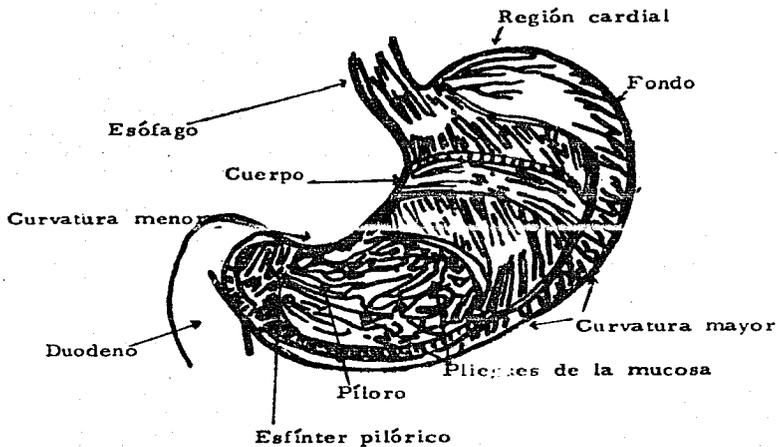
Enfermedades del aparato digestivo,
Editorial Científico Médica, 2a. edi
ción, México, 1981, 812 pp.

ANEXO 1.



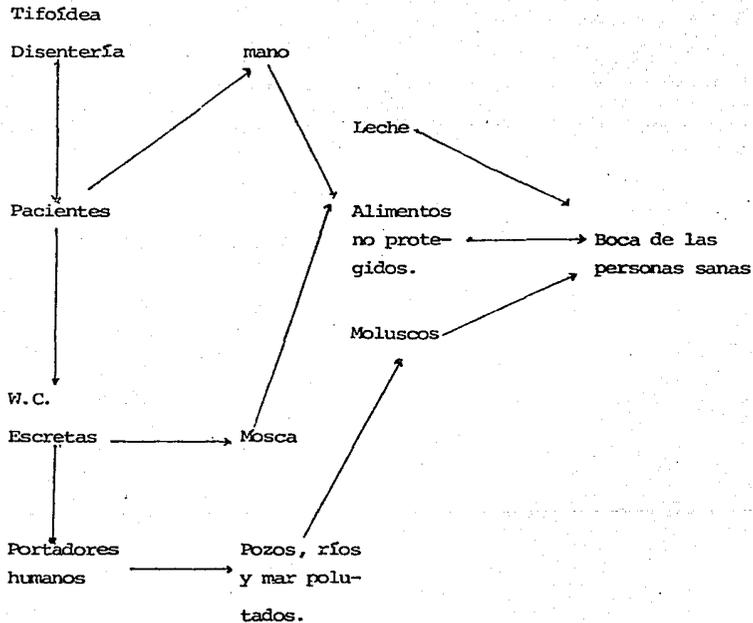
Organos del sistema digestivo

ANEXO 2



Estómago, anatomía interior
y exterior

ANEXO 3



Esquema de los modos de transmisión fecal-oral de las enfermedades salmonelósicas y fiebres enterogénicas. *

* Farreras-Rozman; Medicina interna, Tomo 2, p. 863