

11209.
2 ej 71

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS A
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

" TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES
INTESTINALES POR SALMONELOSIS "

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE:

C I R U J A N O G E N E R A L

PRESENTA:

ANDRES DAVID LAMBERTINEZ GORDILLO.

ASESOR DE TESIS:

DR. MODESTO AYALA AGUILAR.

FALLE DE CP'GEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

I	INTRODUCCION
II	EPIDEMIOLOGIA
III	ETIOLOGIA
IV	PATOGENIA Y ANATOMIA
V	CUADRO CLINICO
VI	DIAGNOSTICO
VII	COMPLICACIONES
VIII	TRATAMIENTO
IX	PREVENCION Y CONTROL
X	PRONOSTICO
XI	OBJETIVO
XII	MATERIAL Y METODO
XIII	RESULTADOS
XIV	DISCUSION
XV	CONCLUSIONES
XVI	GRAFICAS
XVII	BIBLIOGRAFIA

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

El presente estudio, se ocupa de mostrar la experiencia en el servicio de Cirugía General del Hospital "Gral.- Ignacio Zaragoza" del ISSSTE; en el manejo de las complicaciones intestinales por salmonelosis.

El centro hospitalario ubicado en una zona de la Cd.- de México altamente poblada, que sufre de gran contaminación ambiental biológica, aunado en el bajo nivel de educación para la salud, propicia la alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas del tubo digestivo entre ellas la provocada por la Salmonella, la cual tiene en la actualidad del 1 al 3 % de complicaciones intestinales; de estas la más grave, y, que interesa a los cirujanos, es la perforación, habitualmente del íleon distal.

La investigación esta dividida en dos partes fundamentales; una teórica y la otra de análisis de resultados y conclusiones.

La primera presenta una descripción general de la enfermedad basada en bibliografías sobre el tema, así como de historias clínicas de pacientes atendidos.

En los resultados y conclusiones se analizan el número de pacientes atendidos, porcentajes de las variables dependientes e independientes, resultado del manejo quirúrgico, evolución y estado final del paciente.

II E P I D E M I O L O G I A

Sabemos que la fiebre tifoidea es una enfermedad mundial en los países en vías de desarrollo y que por lo tanto México está incluido en forma muy significativa.

Es una enfermedad que se transmite a través de los alimentos contaminados por Salmonella Typhi, a través de materia fecal, cuyas fuentes son: aguas negras, depositos pa-
riego de hortalizas o bancos de mariscos, los portadores - importantes son algunos gatos, perros, tortugas o productos avícolas procesados o lácteos contaminados, constituyen una fuente importante de contagio. También lo son algunos manejadores de alimentos con malos hábitos higiénicos, ya que la eliminación fecal de salmonella typhi puede ser hasta de 10^{11} bacterias por gramo de heces.

Se mencionan algunos vectores importantes como lo son las moscas; pero una investigación realizada en 7221 moscas en Tlalnepantla, México; no se encontro S.typhi de entre las 53 tipos de salmonelas aisladas.

Es más frecuente durante la estación de verano.

Diversos autores indican que en cuanto a la edad, se presenta más frecuente en los escolares, predominado en los hombres (proporción hombre-mujer 1.27). La tasa de morbilidad en México tiende a la desminución, la cual es de 5.7 o menos en 100 000 habitantes. En un país altamente industrializado con un nivel sociocultural elevado como es los Estados Unidos, se presentan alrededor de 500 casos -- por año.

III ETIOLOGIA

La Salmonella Typhosa son bacilos aerobios gram negativos, no esporulados de longitud variable, móviles, resistentes a la congelación en agua y es destruida a temperaturas de 60°C durante 15 a 20 minutos. La salmonella typhi pertenece al grupo D en la clasificación de Kauffman White compartiendo con 96 especies de este grupo los antígenos somáticos 9 y 12. Los flagelos contienen el antígeno "d" y en la superficie posee el antígeno "Vi", la fórmula 9, 12, d, Vi identifica a S. typhi. En México los tipos más frecuentes son el A. y el E.

Los bacteriófagos y otras enterobacterias pueden producir cambios en el genoma del germen modificando sus características biológicas, como virulencia o resistencia a antimicrobianos.

La estructura antigénica esta dada por tres antígenos principales: el "H" que es termolábil, siendo los anticuerpos predominantemente IgG.

El antígeno somático "O" que forma parte de la pared bacteriana, está constituido por lipopolisacaridos, dideoxihexosas, y los anticuerpos predominantes son IgM.

El antígeno "Vi" (K) capsular, está vinculado estrechamente con la virulencia de la bacteria.

Las toxinas presentes en la membrana de todas las bacterias gram negativas, contienen lipopolisacaridos que se liberan por lisis de las células actuando como endotoxinas.

IV PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

La S. Typhi es infectante en función de la virulencia de la cantidad de inóculo, por ejemplo un inóculo de 10^9 - bacilos X gr produce enfermedad en el 95% de individuos -- previamente sanos. Otro factor asociado son las condiciones del huésped, como estado nutricional, edad, etc.

El bacilo tífico presente en los alimentos, debe vencer la barrera gastrica y la acidéz, ya que los gérmenes - no son viables después de permanecer 30 minutos en el estomago, tomando en cuenta que ingeridos con alimentos e in--clusive con agentes alcalinizantes que facilitan su acción patógen. La bacteria puede reproducirse en la luz intestinal o intracelular a las 24 hrs. y es relativamente insensible a los antibióticos desencadenando una reacción de células mononucleres en la lámina propia. Una vez en los línfáticos intestinales se reproducen, son fagocitados pasando a la circulación sistémica provocando bacteremias, pudiendo provocar abscesos y dando origen a endocarditis, meningitis, neumonía, pielonefritis u osteomielitis, etc.

Las endotoxinas que constituyen el antígeno somático a través de su efecto pirogénico, leucopenizante, es el - productor del estado de choque, además de neurosis en los tejidos y es el responsable de las principales manifestaciones de esta entidad patológica.

Las lesiones intestinales tienen como base la proliferación de células del SRE que pasan por las etapas de tumefacción, necrosis y ulceración, siendo los sitios más afectados las placas de Peyer en el íleon terminal, los gan---

glios mesentéricos y el bazo. En la médula ósea los hallazgos son: sistema granulopoyético activo con predominio de formas jóvenes, eritroblastopenia, hipoplasia de eosinófilos y megacariocitos normales que se traducen en anemia moderada, ausencia de eosinófilos, aumento de neutrofilos con bandemia y plaquetas normales.

V CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas están correlacionadas con tres etapas: a) período de incubación, clínicamente asintomático durante el cual los microorganismos están limitados al tejido linfóide del íleon y se multiplican en un período de 7 a 20 días.

b) período de invasión activa, la cual se instala de manera incidiosa, con malestar general, astenia, adinamia, anorexia, cefalea, náusea y vómito. La fiebre es vespertina con elevaciones hasta alcanzar meseta entre 39 y 40°C. A menudo se presenta constipación temprana, más tarde diarrea sanguinolenta, y a la exploración física se aprecia al paciente en mal estado general, pálido, apático y decaído; con la lengua saburral y puede presentar la faringe hiperémica. El abdomen está meteorizado con zurridos a la palpación en la fosa iliaca derecha. Al final de la semana aparece la roseola tifoídica y se puede apreciar bradicardia relativa.

Las formas graves presentan cambios en el estado de conciencia "estado tífico"; también se presenta hepatomegalia y esplenomegalia e hipotermia.

c) período de declinación: En este la fiebre disminuye progresivamente, los hemocultivos se negativizan, los coprocultivos y en la reacción de Widal se tornan positivos y el paciente convalece.

VI D I A G N O S T I C O

El cultivo de la *S. typhi* en la sangre se considera la prueba definitiva para el diagnóstico, aunado el cuadro clínico. Sabemos que el hemocultivo es positivo durante la primera semana de la enfermedad, mientras que los coprocultivos se vuelven positivos a partir de la 2a o 3a semana de la misma y pueden permanecer positivos durante mas de un año -- siendo este el caso de los portadores crónicos. El mielocultivo aporta hasta un 90% de resultados positivos, otros cultivos como el de orina o bilis, el signo de la roseola tifoídica, son positivos hasta el 90% de los casos.

La biométrica hemática aporta datos de interés y útiles en el apoyo diagnóstico y son: leucopenia menor de 6 000 leucocitos (en el 40% de los casos) y los niveles de Hb -- tienden a ser bajos también.

Serológicamente existen métodos bien estructurados para la determinación antigénicas de la bacteria; la reacción Widal practicada con cepas de *S. typhi* O.970 y H 901 ayudan al diagnóstico si los títulos son altos, "O" de 160 o más -- cuando existe infección activa. El título de "H" de 1:160 o más sugiere infección o vacunación en el pasado y el título "Vi" alto aparece en portadores.

La prueba de Widal presenta una sensibilidad de 80% y la prueba de fijación de superficie de Ruiz-Castañeda es un procedimiento más sensible y específicos con sensibilidad -- mayor de 90% y con falasa positivas de solo 5%.

VII COMPLICACIONES

Tomando en cuenta el carácter septicémico de la enfermedad, es de esperarse cualquier complicación extraintestinal, como: neumonía que se prueba en un 10%, meningitis o encefalitis en un 1% de los casos, pielonefritis, artritis, osteomielitis, adenitis, parotiditis, otitis, peritonitis, primaria e ictericia por inflamación hepática difusa. En raras ocasiones se ha observado sordera nerviosa, conjuntivitis, queratitis, neuritis óptica. Sin embargo las complicaciones más frecuentes son intestinales: las enterorrugas se presentan después de la segunda semana y la sangre puede tener aspecto de melena o de sangre fresca según la rapidéz del tránsito intestinal: el paciente presenta anemia e incluso puede caer en estado de choque. Habitualmente el sitio de sangrado se localiza en una ulceración intestinal -- que erosionó la pared de un vaso.

Las perforaciones ocurren en el 3 al 5% de los casos, siendo el íleon el sitio que sufre más frecuentemente esta complicación principalmente entre 10 y 50 cm de la valvula ileocecal, presentandose en una placa de Peyer ulcerada y destruida en el borde antimesentérico con aspecto de sacabocado; comúnmente son únicas y en función del tiempo de instalación se acompaña de peritonitis y reacción plástica adherencial. Los pacientes presentan vomito, constipación, dolor abdominal intenso y a la exploración física presentan defensa muscular, descompresión dolorosa, dolor a la palpación media y profunda, así como peristalsis ausente.

Radiológicamente en una placa simple de abdomen, revela dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos, ausencia de aire y opacidad en la pelvis y neumoperitoneo por presencia de aire libre subdiafrágico.

De esta manera se diagnóstica la complicación más frecuente y misma que es tributaria de manejo quirúrgico en -- cuanto se establece el mismo.

VIII T R A T A M I E N T O

El manejo del paciente con fiebre tifoidea básicamente consiste en la administración de antimicrobianos específicos contra la *S.typhi*, de los cuales podemos mencionar al cloramfenicol, que a partir de 1945, cambio en forma muy importante la evolución natural y el manejo de la enfermedad, abatiendo las tasas de mortalidad de 69% hasta cifras de 1-3%. Las dosis indicadas son para los adultos de 50mg - por kg de peso corporal (máximo 3 gr por día, 28 gr como dósis total acumulada); en niños a 100 mg por kg de peso corporal. En cuanto a la toxicidad de este medicamento, se sabe que por cada 50 000 administraciones ocurrirá un caso de aplasia medular irreversible y que no guarda relación con la dosis o condición del paciente.

Otros antibióticos indicados son: ampicilina, furazolidona, trimetoprim y sulfametoxazol, que se recomiendan en caso de resistencia bacteriana de algún antibiótico específicamente.

Es importante mencionar que las medidas generales son vitales en el manejo de este padecimiento, aconsejando el reposo en cama, mantener una buena nutrición, de no ser posible por vía oral, utilizar la vía parenteral; la hipertemia debe controlarse con medios físicos. También estan indicadas las transfusiones sanguíneas para mejorar las cifras de hemoglobina ya que estos pacientes cursan frecuentemente con anemia.

El manejo quirúrgico de la perforación intestinal consiste en mantener o mejorar las condiciones generales del paciente, restableciendo su estado hídrico, su equilibrio á

cido-básico, aspiración nasogastrica intermitente o continua y uso de antibióticos específicos. Debe tomarse en cuenta - que durante este suceso la flora intestinal dominará el cuadro infeccioso peritoneal, por lo que asociado al manejo quirúrgico, se administrará, ampicilina asociada a gentamicina o kanamicina; existen estudios en los que se recomienda el uso de metilprednisona, demostrando que si reduce la tasa de mortalidad cuando se asocia a cirugía temprana. (2)

Los procedimientos realizados para tratar la perforación intestinal son: cierre primario, con debridación de los bordes o no, en uno o dos planos y con una mortalidad que oscila de 9 a 31%, otra es resección intestinal con anastomosis terminoterminal, ya sea de íleon, o, bien ileotransversoanastomosis, la cual tiene una mortalidad del 30%. La realización de estomas. ileostomías o colostomías dependiendo del segmento de intestino afectado con una mortalidad de 30.5%. Se puede observar que de acuerdo a estos datos la mortalidad es similar en cualquier procedimiento que se emplee. También se refiere en la literatura, el cierre de la perforación con un parche de serosa, aunque no es un procedimiento que se realice de forma rutinaria en este padecimiento.

Las complicaciones que se presentan más frecuentemente en este tipo de procedimientos son: abscesos de pared, intra abdominales, fístulas intestinales, evisceración, choque séptico y muerte.

IX PRONOSTICO

Antes del uso del cloramfenicol (1945) la mortalidad por fiebre tifoidea era del 10 al 15%, actualmente con su prescripción es apenas del 1%. (5)

Al examinar las causas de mortalidad postquirúrgica en contramos factores que tienen estrecha relación con la alta o baja mortalidad y son: (19)

Edad: Los extremos de la vida presentan una mayor mortalidad.

Fiebre: Es de mejor pronóstico si la perforación se presenta durante la primer semana de enfermedad.

Serología: Los pacientes que mostraron títulos altos de antígeno "H" tienen mejor pronóstico.

Tamaño y número de perforaciones intestinales: Cuanto mayor sea el número de estas y el diámetro de más de 1 cm, peor pronóstico.

Presencia de complicaciones adicionales como: Enterorragia, neoplasias, desnutrición empobrecen el pronóstico.

Tiempo de duración entre la perforación y la cirugía:
La tasa de mortalidad se incrementa proporcionalmente al retardo de la cirugía; oscilando de 25 a 83% (13)

En cuanto al procedimiento empleado se ha visto que la resección intestinal con anastomosis termino-terminal presentan mejor evolución, seguida del cierre primario; en cambio el lavado peritoneal con ileostomía muestra malos resultados, pero solo están indicados en los casos severos.

X PREVENCIÓN Y CONTROL

La prevención de la infección por salmonella, como todas las enfermedades infecciosas, consiste en romper la cadena de transmisión, esto puede lograrse eliminando el microorganismo causal, los vehículos o los reservorios.

En la fiebre tifoidea la cadena es relativamente poco -- complicada ya que el hombre es el único huésped natural; En - países desarrollados, los métodos de alcantarillado, de abas- tecimiento de agua y la pasteurización de la leche han reduci- do considerablemente el número de vehículos de infección.

Por lo tanto deben ser estrictas las medidas sanitarias - para impedir la contaminación de los alimentos y el agua por - fuentes infectantes a través de materia fecal, y evitar que - portadores manejen alimentos.

La eficacia profiláctica de la vacuna tífica preparada - por extracción con acetona que preserva el antígeno "Vi", con - fiere una protección hasta de 90% con dos dosis, limitada a - tres años, recomendándose a personas que tienen alto riesgo - por su ocupación o lugar de residencia.

Todas las vacunas tifoídicas producen fiebre, malestar - general y postración, incapacitando al paciente de 12 a 24 ho - ras.

La cobertura que pudiera lograrse con la vacunación masi - va, presenta un inconveniente ya que se conocen 1700 serotipos de salmonellas con propiedades de intercambiar su genoma por - medio de plasmidios lo que hace imposible tener una vacuna -- que cubra completamente a la población.

XI O B J E T I V O

El presente trabajo tiene como objetivos el conocer la frecuencia de las complicaciones intestinales provocadas -- por la salmonelosis y que requieren de intervención quirúrgica para su control.

El valorar las diferentes procedimientos quirúrgicos empleados para resolver dicho padecimiento y determinar el mejor, en base al análisis de la evolución, complicaciones y estado final de los pacientes. De esta manera determinar factores que afectan la morbilidad del padecimiento estudiado, en este Centro Hospitalario, y, obtener un esquema de manejo quirúrgico en dicha enfermedad para brindar al paciente la mejor opción de tratamiento con la finalidad de reintegrar al individuo, lo más pronto posible a su núcleo familiar y de trabajo, además de disminuir la estancia hospitalaria, días-cama, abatiendo los costos que esto implica.

XII MATERIAL Y METODO

En el Hospital Regional "Gral Ignacio Zaragoza" del -- Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado.

En un período comprendido de Marzo de 1986 a Septiembre de 1988, se revisaron los expedientes clínicos de 9 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, por presentar abdomen agudo secundario a perforación intestinal por salmonelosis.

Se observó la evolución de los pacientes intervenidos por dicha causa concentrando la información de cada paciente en la cédula de recolección de datos; realizando el estudio estadístico de las variables dependientes e independientes; correlacionando en porcentajes comparando cuantitativa y cualitativamente los resultados del grupo estudiado, concluyendo la significancia estadística del trabajo.

XIII RESULTADOS

De marzo de 1986 a septiembre de 1988 fueron operados 9 pacientes. en el Hospital Regional "Gral Ignacio Zaragoza" de los cuales 5 eran hombres y 4 mujeres; con edad de 5 a 79 años; el 32% niños; 57% adultos y 11% ancianos.

El diagnóstico se realizó en el 89% de los casos, clínicamente, de estos un 35% se apoyo en los estudios de laboratorio y gabinete. Tomando en cuenta que en un paciente -- (11%) se llevo al diagnóstico de fiebre tifoidea solo por la boratorio.

El 77% de los pacientes presento datos de irritación peritoneal generalizada acompañada de ataque al estado general y solo el 23% manifesto irritación peritoneal localizada a fosa iliaca derecha.

En cuanto a los exámenes de laboratorio practicados -- el 67% de los pacientes presentaron leucopenia y un 33% curso con leucocitosis. Los pacientes que cursaron con anemia fueron 4, el resto conservo los niveles de hemoglobina normales.

Las reacciones febriles fueron positivas en un 33%; no se realizaron en 56% de los casos, por problemas técnicos -- ya que en una época del período estudiado no se conto con los reactivos adecuados para la determinación de la hemaglutinación; en un paciente (11%) resultaron negativas.

El tiempo de evolución de inicio de la enfermedad al momento de la intervención fue de 0 a 5 dias 22% de 6 a 10 dias de 22% de 11 a 15 dias 45% se desconoce en un paciente (11%).

Los hallazgos transoperatorios se resumen de la manera siguiente: 8 pacientes presentaron perforación intestinal 6 en el íleon distal de entre 10 a 40 cm de la valvula ileocecal; una perforación en ciego y una en colon sigmoides, asociándose en 4 pacientes ileitis macroscopicamente. Uno de los pacientes presento datos de irritación peritoneal localizados y solo se encontró ileitis sin perforación.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en estos pacientes fueron:

- a) Resección intestinal con anastomosis termino-terminal de íleon en 66% (6 pacientes).
- b) Ileostomia en 11% (un paciente).
- c) Colostomía en 11% (un paciente).
- d) Apendicectomía en 11% (un paciente).

En ninguno se realizó cierre primario.

Los reportes histopatológicos se realizaron en el 77% de los casos de los cuales 67% fueron positivos para lesiones por salmonella, en un paciente no se pudo determinar, por deficiencia en la fijación de la pieza.

En el 23% de las piezas no se encontraron las lesiones características.

Los pacientes recibieron un tratamiento médico asociado al quirúrgico, aunque a solo el 44% habia recibido manejo extrahospitalario desconociendo tipo de farmacos y sus dosis. En cambio dentro del hospital, ya operados todos recibieron antimicrobianos, analgésicos y soluciones parenterales. Los antibióticos administrados fueron: cloramfenicol a 5 pacientes; metronidazol a 5; penicilina y ampicilina a 4; gentamicina a 2; amikacina a uno; ceftriaxona a uno.

Los antimicrobianos se administran por esquemas de 10 días con dosis calculadas por kg. de peso corporal asociándose en los pacientes que presentaron complicaciones que el grado de contaminación peritoneal era mayor, esto se realizó en 6 pacientes.

En cuanto a la evolución que presentaron los pacientes en un 45% de los casos evolucionaron adecuadamente, desapareciendo la fiebre por lisis, tolerando la vía oral de 24 a - 48 horas postquirúrgicas, restableciéndose la peristalsis - en un período menor o similar a 48 horas; canalizando gases y deambulando persistiendo solo con dolor en la herida quirúrgica.

El 25% se comportó en forma incidosa presentando complicaciones inherentes al padecimiento por el grado de contaminación peritoneal; presentando uno de ellos absceso de pared y eventración por lo que tubo que ser reintervenido en tres ocasiones, considerando que las complicaciones se debieron a la agresividad del germen.

Treinta por ciento de los pacientes evoluciono mal, curando con sepsis generalizada y muerte. Una de las pacientes fallecidas se le diagnóstico por histopatología carcinóide cecal, enfermedad asociada que probablemente ocasiono la defunción. La mortalidad global fue del 30%.

Los días de estancia hospitalaria oscilaron de 1 a 23 con un promedio de 9.2 días/cama/hospital.

En el período comprendido del estudio la frecuencia de presentación del padecimiento fue de 3.6 por año.

XIV D I S C U S I O N

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, deducimos que el número de pacientes captados en el período de tiempo especificado y la frecuencia del padecimiento por debajo de la reportada en otros países así por ejemplo, en un hospital rural de Haití en el año de 1983 la frecuencia fue de 9 por año (9) y en un hospital de condado -- del Este de los Estados Unidos fue de 5.46 pacientes por año (8), lo que nos habla de una disminución en cuanto a la frecuencia del padecimiento y sus complicaciones. Sin embargo--debemos considerar nuestro estudio, sin valor epidemiológico.

En cuanto a la edad y sexo, en general se sabe que es una enfermedad de escolares (16) y de predominio en el varón nosotros encontramos en cuanto sexo también predominio, sin embargo la edad más afectada fue en los adultos.

El diagnóstico es evidentemente clínico (11,17) así como la indicación de intervención quirúrgica ya que el laboratorio esta sujeto a falla humana, falta de recursos materiales, así como la falta de respuesta inmunológica del huésped que puede dar falsas negativas.

Los signos radiológicos son de un valor considerable y diversos autores hablan a favor de ellos en la realización del diagnóstico oportuno (20).

Los procedimientos quirúrgicos mencionados en otras series (7, 12, 9, 11, 5) y que con más frecuencia se usan son: por ejemplo, el cierre primario en uno o dos planos, método que no se realizó en ninguno de los pacientes y realizando con mayor frecuencia la resección de intestinal y la anasto

mosis termino-terminal en dos planos de sutura, obteniendo una mortalidad parcial referido al procedimiento de 16.6%, siendo global y referida exclusivamente a la resección y anastomosis de 11%. En general la mortalidad observada en esta pequeña serie fue de 30% igual a otras series de mayor significancia estadísticas.

XV . C O N C L U S I O N E S

Como base en los resultados obtenidos, las conclusiones a las que se llegaron son las siguientes:

La frecuencia anual durante le período de estudio fue de 3.6 pacientes por año la cual es ligeramente mas bajo comparada con la reportada en la literatura, esto se debe a que la captación de este tipo de pacientes pudiera estar disminuida en el Centro Hospitalario sede ya que la población a la que presta servicio no se encuentra en en l nivel socioeconómico mas bajo del país, por lo tanto no es la más afectada en enfermedades infecciosas..

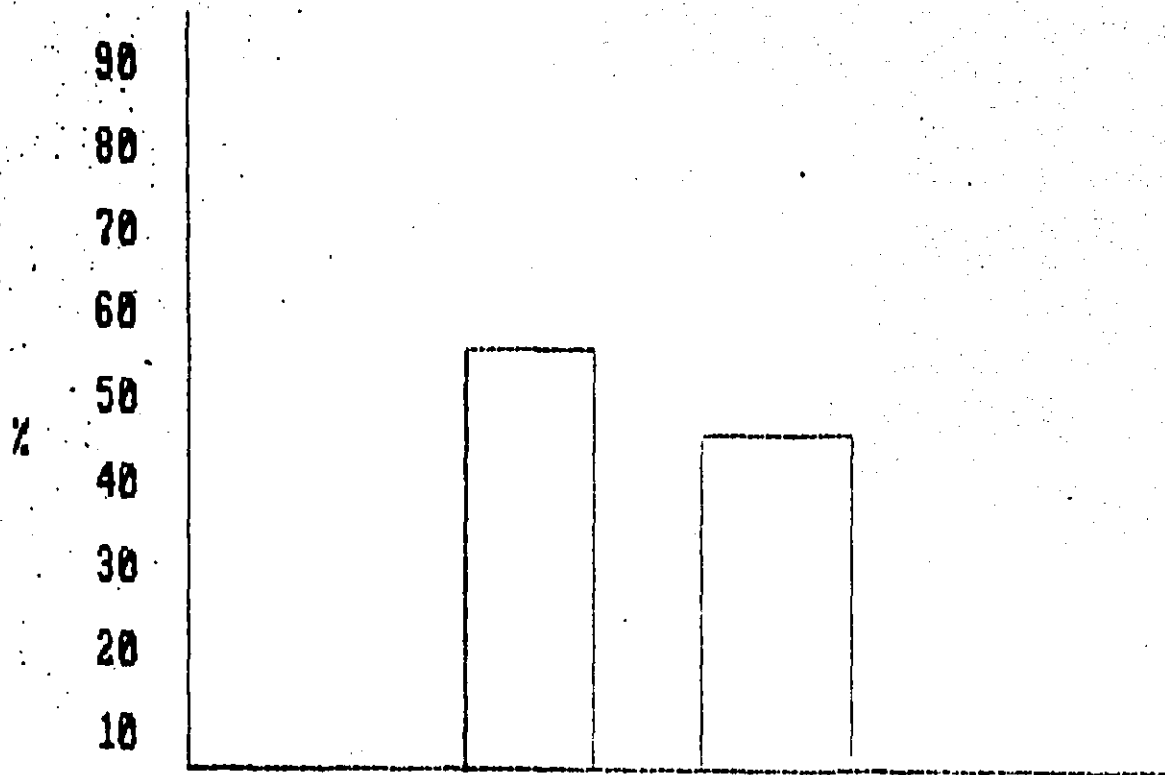
El sexo mas afectado fue el masculino y la edad adulta se vio afectada en forma más importante.

El procedimiento quirúrgico más usado fue la resección intestinal y anastomosis terminoterminal con resultados adecuados, influyendo favorablemente en la recuperación del paciente, debemos mencionar que la complicación más frecuente fue: abscesos de pared e intraperitoneales, cuenta el grado de contaminación de la cavidad. Por lo tanto el procedimiento es adecuado.

La mortalidad global que se presenta de 30%; similar a la reportada en la literatura.

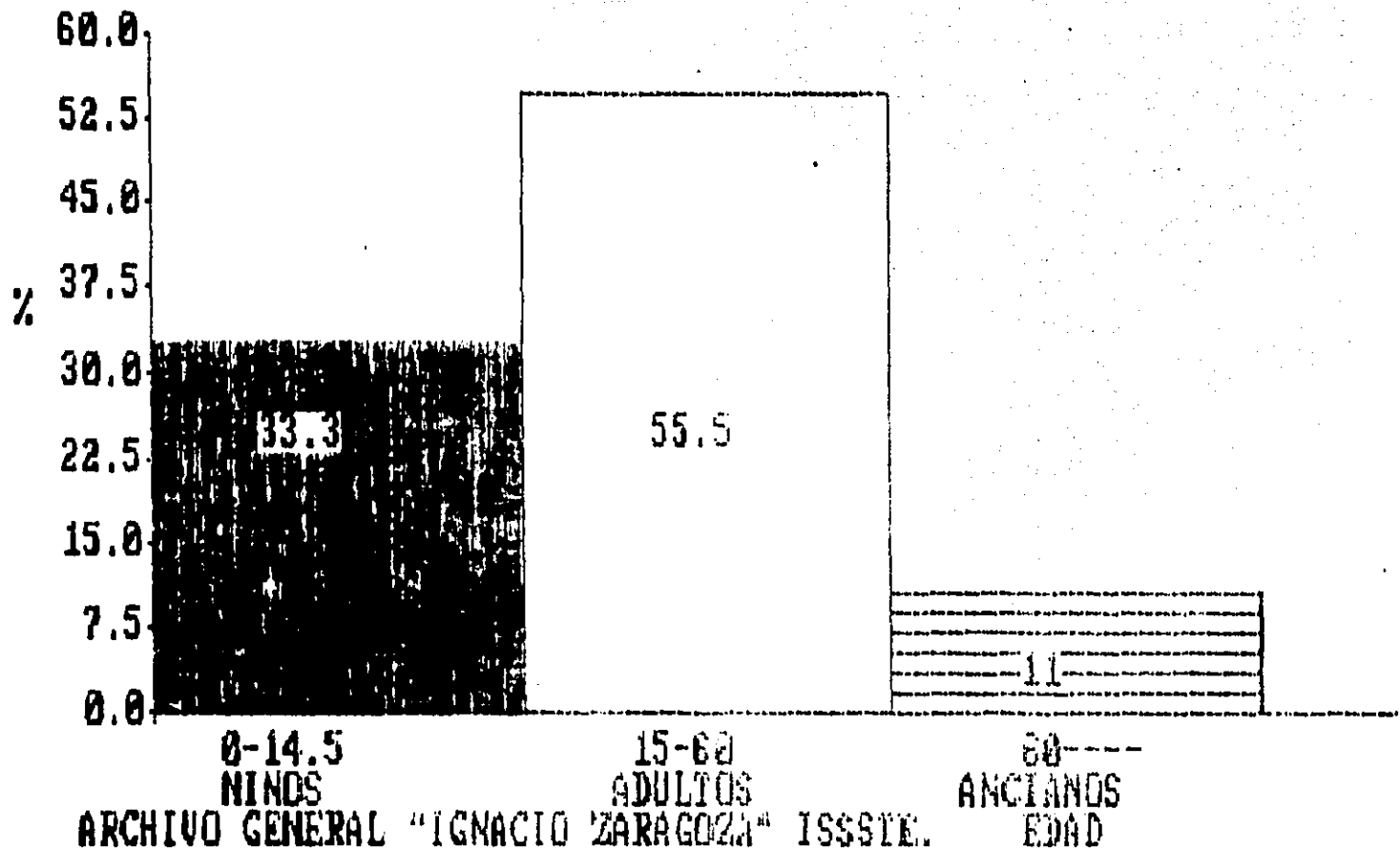
La permanencia hospitalaria fué promedio 9.2 días similar a la reportada en otras series (1.17).

XVI G R A F I C A S



MASCULINO FEMENINO SEXO

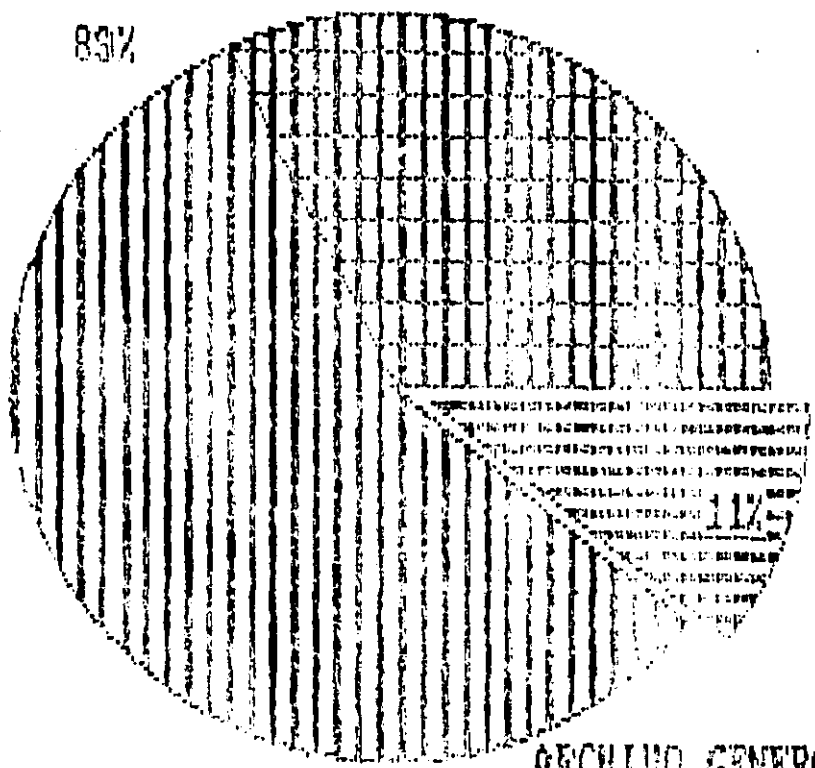
ARCHIVO GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE.



0-14.5 NIÑOS
 15-60 ADULTOS
 60+ ANCIANOS

ARCHIVO GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE.
 EDAD

■ NIÑOS □ ADULTOS ▨ ANCIANOS



CLINICO







LABORATORIO

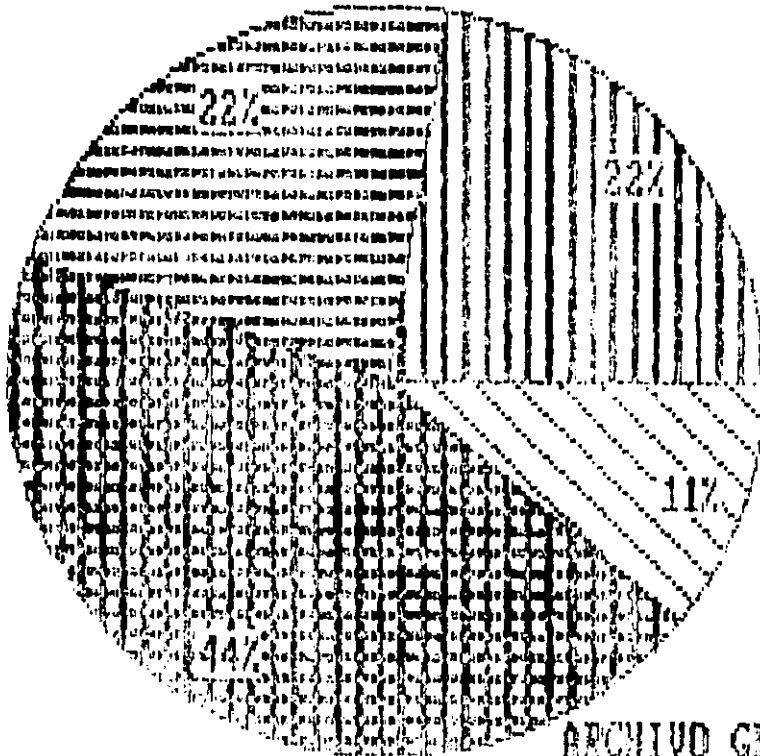


AMBAS

DIAGNOSTICO

ARCHIVO GENERAL URGIZ. ISSSTE

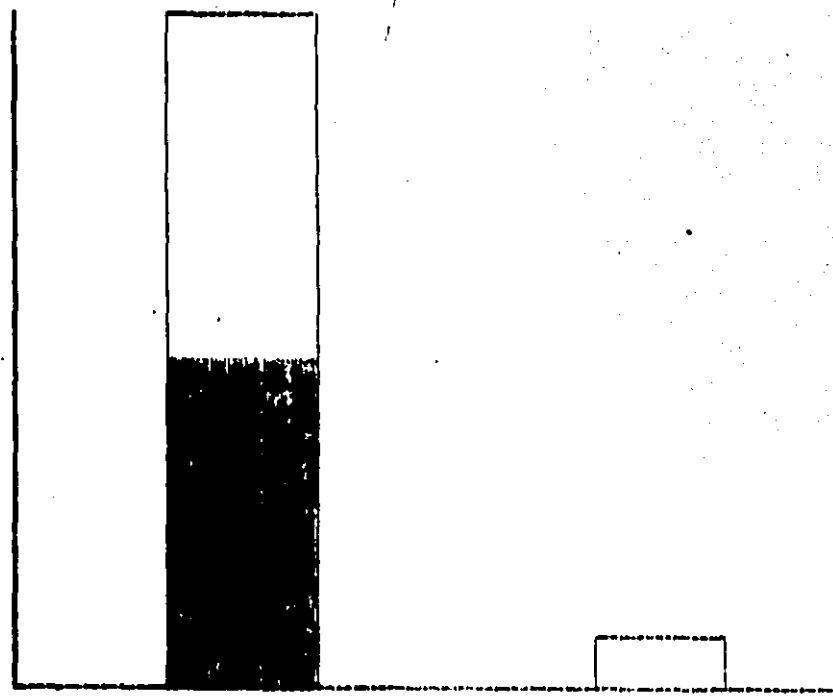
-  DIAS 0-5
-  DIAS 6-10
-  DIAS 11-15
-  SE DESCONOCE



EVOLUCION PREOPERATORIA

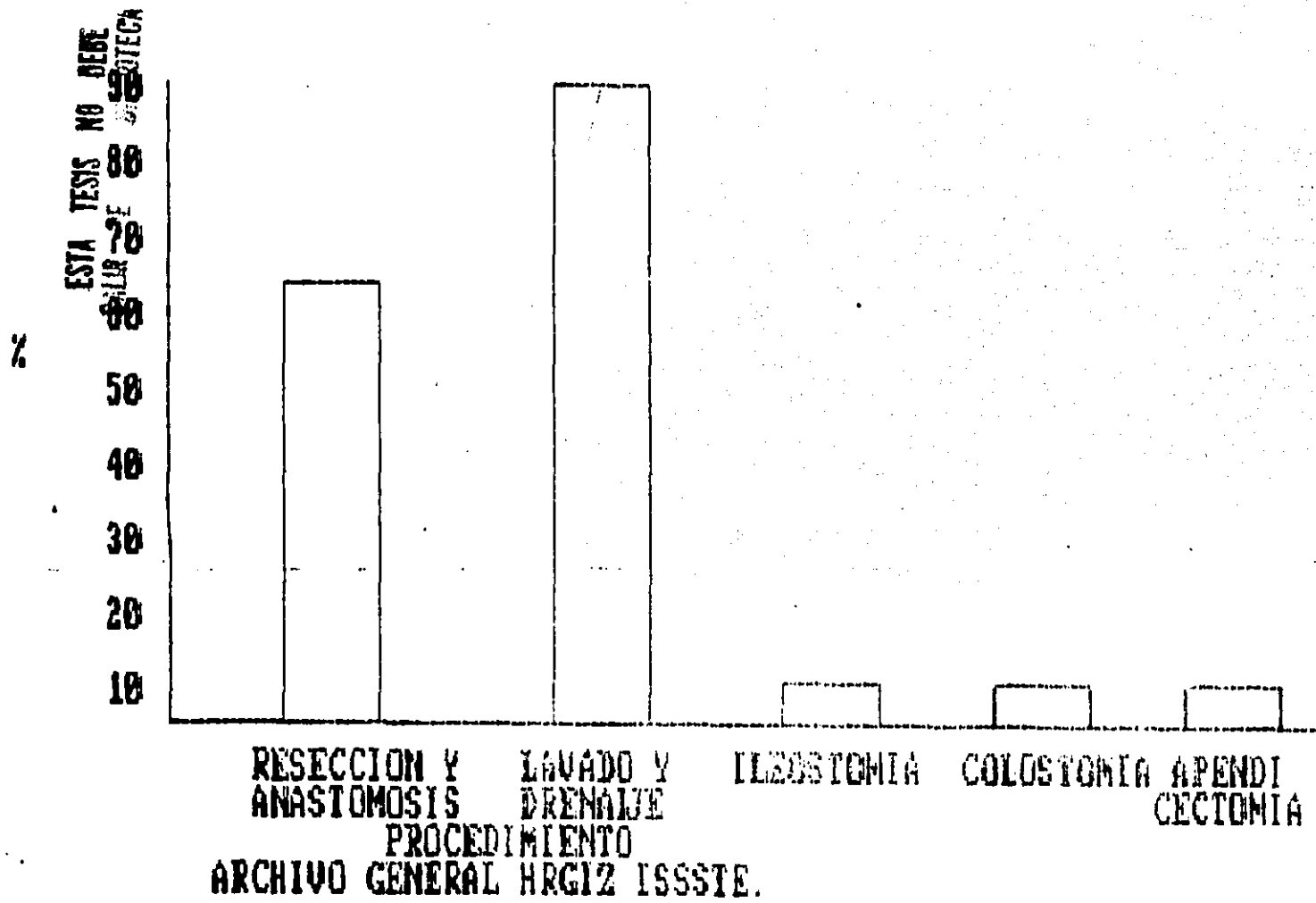
ARCHIVO GENERAL HRGIZ ISSSTE.

90
80
70
60
50
40
30
20
10

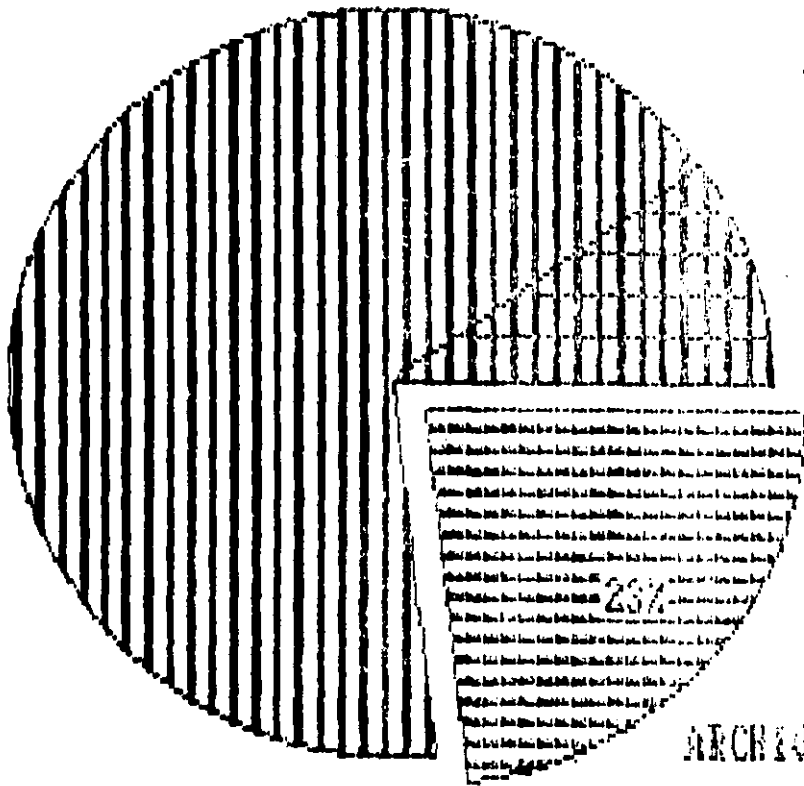





PERFORACION ILEITIS
■ ILEITIS Y PERFORACION
HALLAZGOS QUIRURGICOS

ARCHIVO GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE.



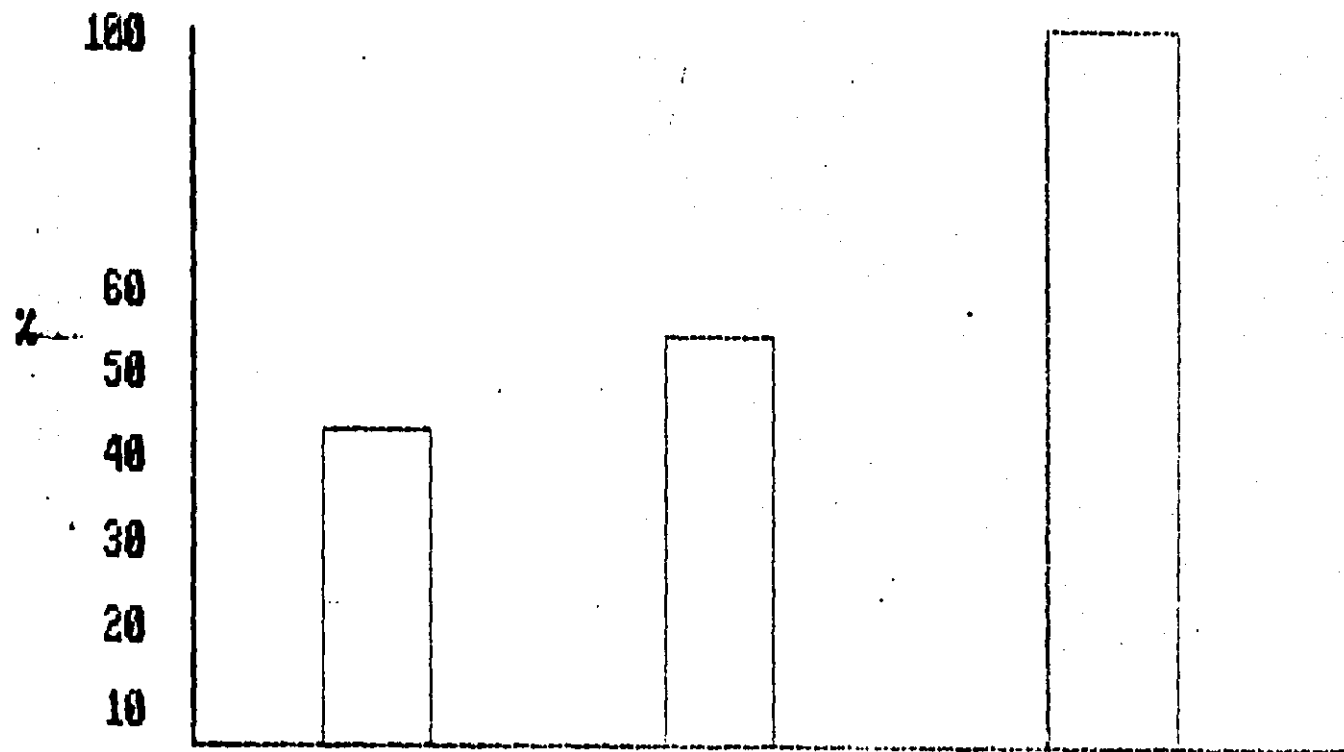
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



-  REALIZADO
-  NO REALIZADO
-  NO CONCLUYENTE

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

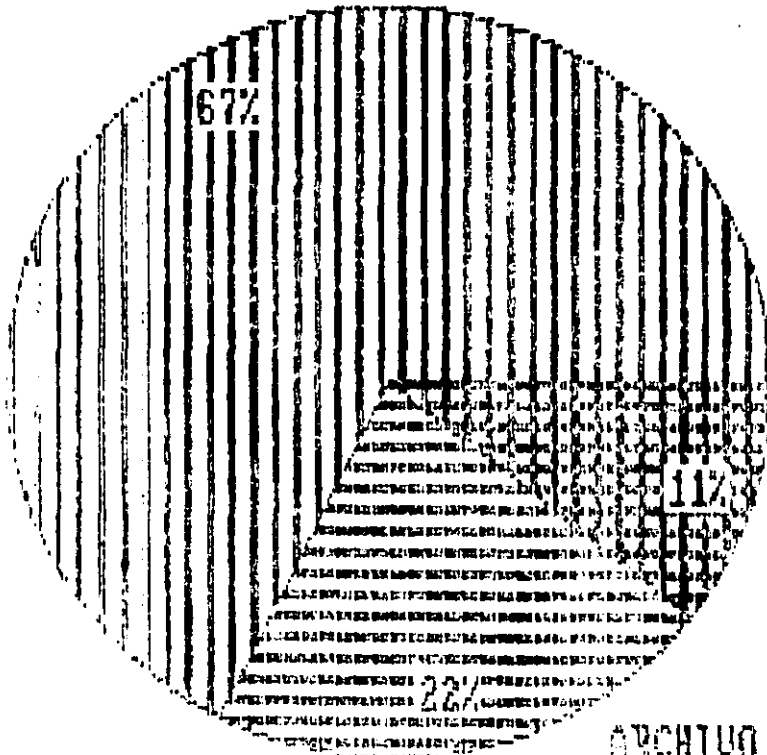
ARCHIVO GENERAL ARGIZ ISSSTE.



ANTIBIOTICO
NO ESPECIFICO
PREOPERATORIO
TRATAMIENTO MEDICO
ARCHIVO GENERAL HRGIZ ISSSTE.

SIN
MEDICAMENTO

ANTIBIOTICOS
POSTOPERATORIO



- ▣ DIAS 1-10
- ▢ DIAS 11-20
- ▤ DIAS 21-30

ESTANCIA HOSPITALARIA

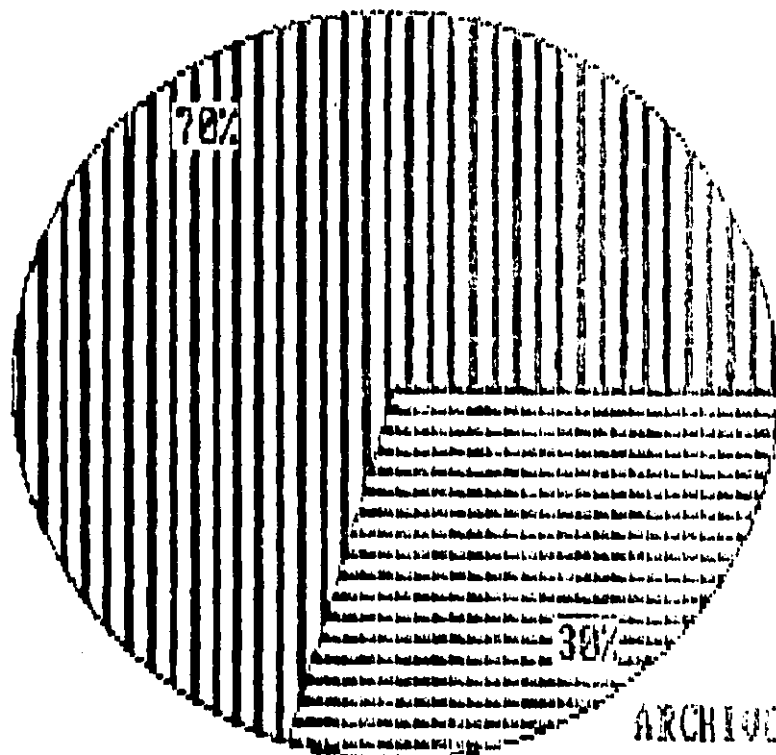
ARCHIVO GENERAL HRGIZ ISSSTE.



VIVOS



DEFUNCIONES



MORTALIDAD

ARCHIVO GENERAL ARGENTINA 1985

XVII BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ajao OG; Perforación intestinal tifoidica, factores que afectan la morbilidad; Int Surg N° 67 Vol. 4 Octubre 1982.
- 2.-Ajao OG; Et Al; Metilprednisona (solu-medrol) en el tratamiento de la perforación intestinal por tifoidea (un reporte preliminar); Trans R Soc. Trop. Med Hyg. N°78 Vol 5, 1984.
- 3.-Badejo OA; Arigbabu O; Tratamiento quirúrgico de la perforación intestinal por tifoidea, usando irrigación peritoneal, estudio comparativo, GUT NO 21 Vol 2; Febrero 1980.
- 4.-Beeson, Mc Dermont; Tratado de medicina interna De Cecil 15 edición, Tomo I; Editorial Interamericana, México, 1983.
- 5.-Bitar R; Torpley J; Perforación intestinal por fiebre tifoidea, una revisión histórica y estado actual Rev. Infect. Dis; N°7 Vol 2 Marzo-Abril 1985.
- 6.-Bouzidí A; Farez E; Et Al; Función de la ileostomía en la peritonitis secundaria fiebre tifoidea; J Chir. (Paris), N°121 Vol 5; Mayo 1984.
- 7.-CHOUHAN MK, Pande SK; Perforación intestinal por tifoidea Br. J Surgery; NO 69 Vol 3; Marzo 1982.
- 8.-Eggleston FC; Santoshi B; Perforación intestinal por tifoidea, Indicación de cirugía. Br. J Surgery. N°68 Vol 5; - Marzo 1981.

- 9.-Eustache JM; Et Al; Perforación intestinal por fiebre tifoidea; Arch Surg N°118 Vol 11; Noviembre 1983.
- 10.-Jawetz E; Manual de Microbiología Medial; 8a Edición Ed. Manual Moderno, México 1979.
- 11.-Kapoor VK; Mishra Mc.; Perforaciones Intestinales por tifoidea; Jpn. J Surg N° 15 Vol 3; Mayo 1985.
- 12.-Keenan JP; Hadley GP; Tratamiento quirúrgico de las perforaciones intestinales en niños, por tifoidea Br J Surg Vol 71 N°12; Dic 1984.
- 13.-Khanna JP; Mishra MK; Perforación Intestinal por tifoidea, Postgrad Med J; N°60 Vol 706, Agosto 1984.
- 14.-Krugman AD; Katz; Enfermedades Infecciosas; 7a Ed Interaericana; México 1984.
- 15.-Lizarralde E; Perforaciones de íleon por tifoidea en niños; J Ped Surgery; N°68 Vol 5; Mayo 1981.
- 16.-Martin Abreu L; Gastroenterología; 2a Ed; Ed Mendez Cervantes, México 1979.
- 17.-Maurya SD; Gupta HC; Perforaciones Intestinales por tifoidea, una revisión de 264 casos; Int Surg N°69 Vol 2; Abril - Junio 1984.
- 18.-Pelayo - Correa; Texto de Patología. 3a Edición Panamericana; México 1979.
- 19.-Rathore Ah; Khan IA; Saghir W; Indices Pronósticos en la perforación intestinal por tifoidea; Ann Trop Med Parasitol; N°81 Vol 13; Junio 1987.

20.-Vogel E; Garcia Rodríguez M; Zarate Gómez A; Perforación
intestinal en jóvenes con fiebre tifoidea; Ron Tgenblatter;
N°36 Vol 3; Marzo 1983.