

11226

184



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21

MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR
EL MEDICO FAMILIAR EN LA U.M.F.
NO. 21
REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE
SALMONELOSIS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MA. BUENAVENTURA SALAS BLAS

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~~2002~~
2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 I.M.S.S.

1 9 8 2

ASESOR:

DR. RAMON ROBLES LUNA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RAMON ROBLES LUNA', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat illegible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COORDINADOR :

DR. RAUL BAÑOS CORTES

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR U.M.F.No. 21 I.M.S.S.

JEFE DE ENSEÑANZA :

DR. RAUL VILLARQUEL VARGAS

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE
ZONA H.G.Z. No. 30 I.M.S.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dra. Ma. BUENAVENTURA SALAS BLAS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS SOBRINOS

TRABAJO CON
FALLA 13/08/2024

INDICE

INTRODUCCION	1
ASPECTOS CIENTIFICOS DE LA SALMONELOSIS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
HIPOTESIS	25
OBJETIVOS	25
MATERIAL Y METODOS	25
RESULTADOS	26
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	31
GRAFICAS	33-40
BIBLIOGRAFIA	41

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La finalidad del siguiente trabajo tiene como objeto conocer el manejo de la Salmonelosis por el Médico Familiar, ya que como sabemos existen muchos criterios terapéuticos, que me interesa conocer a través de la revisión de 150 expedientes de pacientes con SALMONELOSIS, la signología diversa presentada en los pacientes y complicaciones más frecuentes encontradas en éste primer nivel.

La Salmonelosis es un problema de Salud en México por ser una enfermedad infecto-contagiosa y sistemática, que ataca con más frecuencia a pacientes en edad productiva y como consecuencia motivo de prolongado ausentismo laboral.

Como segundo punto de importancia es un padecimiento que concierne al servicio de Medicina Preventiva, en que se requieren investigaciones preventivas más que curativas.

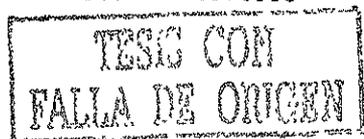
La Salmonelosis es una de las infecciones enterales más frecuentes en los países en vías de desarrollo, atacando a los grupos marginados y más pobres.

Causa principal es el deficiente saneamiento ambiental y los hábitos malos de higiene personal.

En México es un problema serio debido al hacinamiento humano, carencia de agua potable, falta de recursos adecuados para la eliminación de las excretas y la insuficiente vigilancia sanitaria que garantice la calidad del agua y los alimentos destinados al consumo humano.

Además por técnicas bacteriológicas se ha demostrado elevada prevalencia de portadores sanos, incluso en manejadores de alimentos.

La Salmonela typhi es una enterobacteria flagelada y móvil que partiendo de las heces u orina de un portador asintomático se trasmite a través de los alimentos, el agua u otros alimentos contaminados. El único reservorio



conocido de esta bacteria es el hombre circunstancia que desde el punto de vista epidemiológico la diferencia de otras salmonelosis que son zoonosis de origen animal.

En esta tesis considero dos aspectos importantes de cuya interrelación obtendré los objetivos planteados. Estos aspectos son:

La revisión de medidas preventivas y resultados terapéuticos de la Salmonelosis en otros países y la revisión de expedientes clínicos de la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21 de la Salmonelosis.

Para la obtención del primer propósito se recurrió a la bibliografía disponible y reciente.

Para el segundo propósito se efectuó mediante la revisión del expediente clínico durante el año de 1982 limitando el universo a la Salmonelosis comprobada por Reacciones Febriles y Biometría Hemática.

Al final se presentan las gráficas y la bibliografía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA SALMONELOSIS

Roberton, Cannon y sus colaboradores realizaron un estudio en animales, observando que la desnutrición predispone a presentar la infección salmonelosis así como las complicaciones más severas este mismo estudio fué analizado en pacientes por otros investigadores. (1)

Se estudiaron 15 pacientes a quienes se les administro ampicilina, amoxicilina y placebo, los resultados clínicos y de cultivo, demostraron que no hubo diferencia entre los placebos y la administración del antibiótico ya que la remisión del cuadro fué la misma. (2)

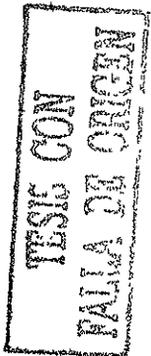
Se realizó un estudio en 50 pacientes con diagnóstico de Fiebre Tifoidea con técnica de ELISA (enzima inmuoadsorvente), el 95% de los pacientes presentaron títulos elevados desde 1:150-1:2500 concluyéndose que esta técnica es muy sensible para el diagnóstico de Fiebre Tifoidea.(3)

El tratamiento de elección continua siendo el cloranfenicol aunque en cepas resistentes a esa droga se puede emplear la ampicilina o la combinación de trimetoprim-sulfametoxazol. (4)

En el análisis cuantitativo inmunoelectrónico de la Salmonelosis se encontraron 86 antígenos del tipo lipopolisacáridos y un número significativo de anticuerpos en pacientes que padecieron Fiebre Tifoidea. (5)

Se trataron 133 pacientes de Fiebre Tifoidea en Sudan con Trimetoprim-sulfametoxazol con remisión del cuadro en promedio 2.74 días no se reportaron efectos secundarios ni recurrencias durante el tratamiento. (6)

En 26 pacientes con Bacteriuria Crónica por Salmonela fueron tratados a dosis bajas con ampicilina y otros con amoxicilina (250 mg. dos veces al día por cuatro semanas). Cuyas conclusiones fueron que a dosis bajas



de estos antibióticos es más que suficiente para tratar a la Salmoneluria Crónica. (7)

En Singapur se encontró una epidemia por Salmonela en un total de 61 pacientes que habían ingerido ostiones frescos, aislandose dicha bacteria de sangre y orina, de estos pacientes dos quedaron como portadores siendo tratados con Colectectomía. (8)

En Cape-Town se reportó una epidemia en 1980 descubriendo 69 casos de Salmonelosis adquirida en una fiesta en que prepararon alimentos con agua contaminada entubada de un manantial. (9)

En Camboya se aplicó vacuna triple anti-tetános-tifoidea-para tifoidea con notable disminución hasta del 20% en la que se observa inmunidad por multi-infección. (10)

En turistas de Switzerland se detectó infecciones por Salmonella y Shiguelia, concluyéndose que a estos turistas se debe aplicar la vacuna antisalmonelotica en caso de acudir a ese lugar. (11)

En Bretaña se encontró una multiresistencia al trimetroprim durante una epidemia por Salmonella Typhimurium en un total de 290 pacientes. (12)

No ha sido posible desarrollar un modelo animal satisfactorio para probar experimentalmente la potencia de las vacunas antitifoídicas, por ello ha sido necesario investigarla en pruebas de campo bien diseñadas ó por medio de pequeños ensayos voluntarios. (13)

Las vacunas preparadas con mil millones de bacilos tíficos inactivos con acetona (k) ó fenol (L), fueron capaces de conferir protección en el 70-90% de los sujetos vacunados si se administran dosis con refuerzos cada tres a cinco años. (14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El bacilo de la tifoidea, *Salmonella Typhi*, se puede demostrar en cultivos de médula ósea ó en hemocultivos desde la fase más temprana de la enfermedad y en las heces y orina después de la primera semana las pruebas de aglutinación habitualmente se hacen positivas durante la primera semana, aunque su utilidad diagnóstica es limitada. (15)

William Budd en 1856 hizo un estudio de brotes de Fiebre Tifoidea sorprendentemente preciso, el cual lo llevó a pensar en que la enfermedad era contagiosa y que el agente infeccioso era excretado en las heces de los pacientes. (16)

ETIOLOGIA

Los agentes causantes de las fiebres tíficas son microorganismos pertenecientes al género *Salmonella*: de la familia enterobacteriáceas. La fiebre tifoidea es producida por la *Salmonella typhi* (bacilo de Eberth); la fiebre paratifoidea A, por la *Salmonella paratyphi*, la B por la *Salmonella schottmulleri*. Son bacilos gramnegativos dotados de cilios y, por lo tanto, de movilidad. Tienen un buen nivel de resistencia para los factores ambientales, lo cual les permite una viabilidad prolongada en el medio. Pueden sobrevivir 90 días en aguas frescas y limpias, 30 días en aguas relativamente contaminadas y terrenos húmedos, 7 días en mantequilla o queso y algunas horas en objetos contaminados. Son igualmente resistentes a las bajas temperaturas lo que permite cultivarlos a partir de hielo fabricado con agua contaminada por estas salmonellas. Se ha observado sobrevida de 14 meses en frutillas congeladas y son destruidas si se les somete a calentamiento de 60 grados durante 15 o 20 minutos.



El antígeno Vi está ubicado superficialmente sobre la pared celular, envuelve practicamente al antígeno O y evita así la acción del anticuerpo antio. Este hecho transforma el antígeno Vi en un factor de agresividad, de virulencia (de allí al nombre de V₁). Es un polisacárido formado por ácido N-acetil, D/galacto aminurónico. Este antígeno ejerce un papel importante en el bloqueo de la fagocitosis.

Los otros componentes estructurales antígenos no juegan papel conocido en la patogenecidad de estos microorganismos.

La falta de un modelo experimental impide que se conozcan los antígenos de las complejas estructuras de estas salmonellas, que son importantes en el desarrollo y estimulación de los mecanismos inmunologicos realmente protectores.

Se ha hecho incapié, como factores de patogenecidad de estas salmonellas, al igual que otros enteropatógenos, a la penetrabilidad y al fenómeno de adherencia a la mucosa intestinal. El fenómeno de adherencia es una interacción entre los receptores ligados a los antígenos de superficie bacteriana y glucoproteínas de las células de la mucosa; resulta específico como consecuencia de la diferente composición del polisacárido de la glucoproteína.

El poder de penetrabilidad está también íntimamente asociado a fenómenos necróticos determinados por la endotoxina y a la capacidad del microorganismo de multiplicarse.

Las propiedades de adherencia de estas salmonellas se han demostrado también en el hígado y en el bazo, lo que explicaría su persistencia en estos órganos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los últimos años se han comunicado en diversos países (México entre los latinoamericanos), brotes epidémicos de fiebres tíficas por gérmenes resistentes al cloranfenicol. Las modificaciones biológicas producidas por cambios genéticos en el genoma son una explicación de la aparición de estas cepas resistentes.

Plasmidios R (resistentes) se han podido transferir de modo experimental a cepas de *Salmonella typhi* sensible a antimicrobianos.

En Chile, en el año 1975, se aislaron tres cepas de *Salmonella typhi* resistentes al cloranfenicol así como a tetraciclina, estreptomycinina y sulfonamidas. Estas tres cepas de *Salmonella typhi* fueron de lisotipos 46 y biotipo 1. La multiresistencia pudo transferirse a cepas de *Escherichia coli* K12, lo que muestra que es producida por plasmidios conjugativos de resistencia.

Como cita curiosa se menciona en la literatura a un paciente que tuvo fiebre tifoidea con una cepa de *Salmonella typhi* fermentadora de lactosa. La prueba de la lactosa se ha utilizado para diferenciar los bacilos entéricos patógenos de los no patógenos, por supuesto las salmonellas productoras de las fiebres tíficas no fermentan la lactosa. El paciente se dedicaba a manipular una cepa de *Salmonella typhi*, que con el tiempo había adquirido una variación y tenía un episoma para la lactosa.

Las *Salmonellas* productoras de las fiebres tíficas pueden infectarse de manera selectiva por algunos bacteriófagos. Esta fagotipia es útil en epidemiología y permite clasificar, por ejemplo, al bacilo de Eberth en 97 tipos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PATOGENIA

La infección se contrae por vía oral, los gérmenes atraviesan el estómago, penetran la mucosa del intestino delgado y se localizan en los ganglios mesentéricos, que constituyen su primera ubicación.

Allí se multiplican e invaden el torrente circulatorio, alcanzan el hígado, el bazo y probablemente otros órganos. Cuando termina el período de incubación, que oscila entre 7 y 21 días, se produce una nueva invasión sanguínea intensa y con ello el comienzo de las manifestaciones clínicas. Por la corriente sanguínea se comprometen los folículos linfáticos de la pared intestinal y las placas de Peyer.

El hígado y los riñones, a través de la bilis y la orina, son los órganos de eliminación de estas salmonellas. Estas salmonellas residen intracelularmente en el SRE. El hígado, la vesícula biliar y el bazo sirven de reservorio al germen y explican las continuas bacteriemias durante la enfermedad, que sólo desaparecen cuando los mecanismos de defensa del organismo eliminan los focos del hígado, el bazo y de otros órganos, los gérmenes localizados en la pared del intestino delgado pueden escapar a la acción de estos mecanismos, y así se explica que la eliminación de bacterias puede mantenerse un buen tiempo después que la temperatura se ha normalizado. Es probable que la persistencia de focos que han escapado a la acción terapéutica y al efecto de las defensas humanas, sea la razón de la existencia de portadores de gérmenes y de las recaídas.

Recientes estudios realizados en voluntarios humanos han permitido esclarecer y corroborar algunos aspectos etiopatogénicos e inmunológicos, que ya habían sido sugeridos a fines del siglo pasado y principios del presente por Eberth, Pfeiffer, Widal, Wright y algunos otros.

Efectivamente, la inoculación experimental en coluntarios humanos demostró la relación que existe entre el número de salmonellas infectantes y la posibilidad de reproducir enfermedad.

Para que un individuo enferme debe ingerir un gran número de bacilos, y el período de incubación, en alguna medida, está en relación inversa con la dosis infectante. De este estudio en voluntarios humanos se puede concluir:

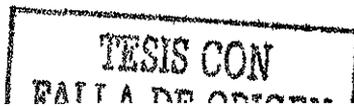
a) Con dosis infectantes demasiado elevadas, como 1.000.000.000 de bacilos (10/9), hay un pequeño porcentaje de individuos que no enferman, lo que pone de relieve el papel que desempeñan las defensas naturales del organismo.

b) A dosis pequeñas, 1.000 bacilos ningún individuo enferma, lo cualm junto con lo anterior, remarca la estrecha relación entre el huésped y la bacteria en el desarrollo de la enfermedad.

c) El período de incubación en alguna medida esta en relación inversa con la dosis infectante, aunque con un margen demasiado variable, que es probable refleje las condiciones biológicas e inmunológicas.

Paralelamente a este conocimiento experimental, está el hecho de los portadores sanos de salmonellas. Desde antiguo se conoce el comportamiento individual distinto a la infección por *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi A* y *Salmonella schottmulleri*, y la ineficacia relativa de las vacunas. Por estos motivos los inmunólogos se han abocado al estudio de la inmunidad humoral y celular.

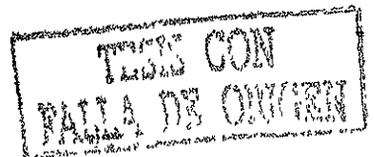
Maksimova 1960, en 130 enfermos tíficos observó, en las últimas etapas de la enfermedad (tercera y cuarta semana de la enfermedad) disminución de los niveles del complemento, hecho que fue corroborado por Schbert y col. en 1965,



con la inoculación experimental de 6 voluntarios humanos a quienes se administraron 10/12 microorganismos. En 5 que desarrollaron la enfermedad hubo, en la primera semana de evolución, aumento de los niveles de actividad hemolítica del complemento y disminución de los títulos properclina. Hornick y cols., también en voluntarios humanos inoculados con endotoxina (5 mg./Kg) por vía endovenosa durante 14 días consecutivos, pudieron comprobar la formación de anticuerpos no sólo tipo IgM, sino IgM e IgA. Debe recalcarce que las condiciones experimentales en que se realizaron las inoculaciones son excepcionales, si se toma en cuenta que la administración se efectuó durante 14 días.

Estos autores demostraron también los hechos, ya conocidos, de ausencia de correlación de los anticuerpos anti O, anti H y anti Vi con el curso clínico de la enfermedad y la ninguna relación entre estos anticuerpos séricos y el efecto protector de la vacuna.

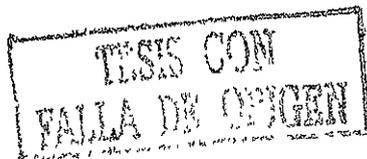
Hoy se acepta que la respuesta a una primera inoculación va seguida de la formación de Ig de tipo M, es decir, de alto peso molecular y baja vida media, de distribución esencial vascular y de alta capacidad lítica sobre los gérmenes, fundamentalmente por su capacidad de activar el sistema complementario. En inmunizaciones consecutivas la respuesta de actividad es del tipo IgG de peso molecular menor, vida media mayor y de distribución amplia intra y extravascular; sin embargo, frente a la inoculación del antígeno somático de la Salmonella, sólo se había descrito una respuesta de anticuerpos en base a IgM, lo que además de constituir una respuesta incompleta, significa la carencia de anticuerpos de amplia difusión parenquimatosa intersticial, como es la IgG.



Las experiencias de Kumar y cols. en 1974, en 45 enfermos con fiebres tíficas comprobadas por hemocultivos, han sido esclarecidas estos autores observaron aumento significativo de los niveles de I IgM en todas las etapas de la enfermedad, aumento de la IgA en la primera semana y elevación de los títulos de IgG a partir de la tercera semana de evolución de la enfermedad. En la segunda y tercera semana observaron un aumento de C3. En cuanto a correlaciones, la elevación de los niveles de IgM la tuvo con los títulos de anticuerpos anti O y anti H. En la tercera semana detectaron anticuerpos anti O anti H de clase IgG, en correlación con el aumento de las IgG.

Respecto a la inmunidad local, la administración oral de Salmonella typhi a voluntarios ha detectado una reacción inflamatoria en el intestino delgado, a base de acúmulo de macrófagos que concentran en los tejidos subepiteliales y cuyo papel es aún desconocido. Este fenómeno podría tener algo que ver con el que se ha demostrado en la salmonelosis experimental con Salmonella Typhimurium. El ratón es capaz de adquirir resistencia contra la infección por esta Salmonella a través de un mecanismo de protección mediado por linfocitos T. Kumar y cols, comprobaron que 68% de los pacientes con fiebre tífica que estudiaron tienen el factor de inhibición de migración de leucocitos (LIF) positivo, en comparación a 40% en normales, 35% en vacunados y en 28% en pacientes con fiebre tifoidea que habían presentado complicaciones.

Se puede conjeturar que en los mecanismos de resistencia individual a las fiebres tíficas participan tanto la inmunidad general como la local, pues existe respuesta inmune a base celular y de base humoral. Existe una íntima conexión con los mecanismos inespecíficos de defensa, tales como la fagocitosis y el complemento.



El papel que desempeñan las características genéticas del huesped, que lo hagan resistente o susceptible a la infección por la *Salmonella typhi*, paratyphi A y schottmuller están en estudio en distintos centros de investigación.

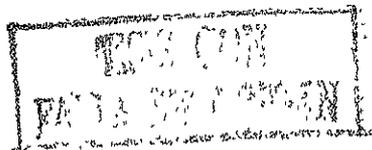
EPIDEMIOLOGIA

La fiebre tifoidea y las fiebres paratifoideas son enfermedades endémicas en algunos países, y en otros, los brotes epidémicos son esporádicos. Constituyen todavía un problema de salud en Latinoamérica con 35,000 a 40,000 casos notificados cada año, y su frecuencia esta en íntima relación con el grado de saneamientos y cultura sanitaria ambiental alcanzada por los pueblos. El mayor número de casos se observa en primavera y verano, entre los niños en edad escolar y los adultos jóvenes.

En Europa, en 1969 se notificaron 1,123 casos en el curso de 9 brotes; 22 estan relacionados con viajes internacionales y 8 con el consumo de mariscos, pero en la mayoría no se determino la fuente de infección.

Son clásicas las epidemias de 1963 en Zermatt, Suiza, y la de 1964 en Aberdeen, Escocia. En la epidemia de Zermatt se registraron 437 casos, tres mortales, que representa una letalidad de 0.7%; fue una epidemia hidrica explosiva y de corta duración. En Aberdeen se registraron 507 casos, 86 fueron niños menores de 12 años y la fuente de contagio fue carne importada de Argentina contaminada con *Sanlmonella typhi* fagotipo 34.

En 1975 se comunicó un brote de fiebre tifoidea en Florida, Estados Unidos.



La mortalidad por fiebres tíficas en Chile y todo latinoamérica ha disminuido, sin embargo todavía se producen casos fatales. En Chile en 1979, se notificaron 10,760 casos de 84 fallecidos y en 1969, 5,368 casos, lo que da una tasa de mortalidad por 100,000 habitantes de 46.0 con un número de muertes anuales de 83, lo que da una tasa de mortalidad de 0.9%. La mayor incidencia fue por fiebres tifoideas, y en un lugar muy secundario por fiebres paratifoideas A y B, que en conjunto representan alrededor del 10% del total de las fiebres tíficas con comprobación bacteriológica.

El reservorio esta dado por el hombre, por los enfermos de fiebre tifoidea y paratifoidea, por los portadores convalecientes y sanos y por los casos subclínicos. La vía principal de salida, desde el paciente ó portadores es la anorrectal de menor importancia es la vía urinaria, o sea, que las deposiciones y la orina humana son dos productos de mayor importancia epidemiológica para la transmisión de estos gérmenes al hombre sano.

El conocimiento de estas vías de salida y la relativa resistencia al medio ambiente, ya considerada en los aspectos etiológicos, explican que el mecanismo fundamental de las infecciones tíficas sea un mecanismo indirecto.

Las deposiciones contaminan en especial el agua que se utiliza para beber, para la limpieza de utensilios de cocina y botellas de leche y para riesgo de hortalizas y frutas.

Las aguas de desecho van a desembocar en el mar a distancias distintas, algunas muy cerca de la costa, y en esos lugares es fácil que se contaminen los mariscos. La infección y la enfermedad la adquiere el hombre sano a través del consumo de alimentos y bebidas contaminadas, como leche, crema. helados, mariscos crudos, verduras y frutas que crecen a nivel del suelo y que han sido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

regadas con aguas contaminadas. Los epidemiólogos denominan ciclos largos y estos mecanismos de transmisión.

También existe un ciclo corto, por lo general intradomiciliaria, en la que la infección se produce a través de las manos y las moscas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la Salmonelosis se hace en base a los siguientes parámetros:

El clínico cuyas manifestaciones clínicas son:

La infección tífica puede ser asintomática, subclínica ó clínica, y su curso, subagudo ó crónico.

La mayor parte de las veces la enfermedad clínica es aguda, con un proceso septicémico. La sintomatología y signología de las fiebres tíficas son clásicas, y no han variado en relación a lo descrito por los clínicos franceses y alemanes del siglo pasado; sólo se hará una somera descripción de ellos. Tienen, en general, las características propias de una septicemia cíclica.

Ausencia de signos y síntomas de foco inicial inflamatorio a nivel del sitio de penetración del germen.

Período de incubación conocida (3 a 36 días)

Bacteriemia inicial y septicemia consecutiva constante.

Evolución y duración conocidas.

Los enfermos no tratados evolucionan en su mayoría hacia la curación espontánea.

Se presentan localizaciones secundarias constantes en parénquima definidos.



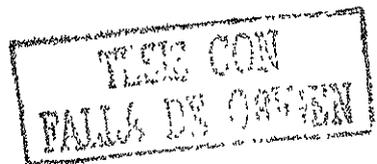
Los pacientes que se recuperan quedan con una inmunidad parcial o total.

En esta revisión se desea destacar sólo algunos de los síntomas y signos clínicos observados en 35,000 pacientes (adultos y niños) que por su importancia y frecuencia constituyen elementos básicos en diagnósticos de estos cuadros.

La iniciación de estas enfermedades es habitualmente insidiosa 90%; sin embargo, a veces el cuadro clínico comienza en forma brusca 26%. Los síntomas como astenia y malestar general se presentan en casi todos los casos; varía la frecuencia de otros síntomas, como dolores osteoarticulares generalizados, escalofríos, insomnio y mareos. La epistaxis se presenta en alrededor de un tercio de los casos y según la experiencia de los autores es más frecuente en las fiebres paratifoideas B. La cefalea es un síntoma muy común y tiene una localización frontooccipital, a menudo resistente a los analgésicos habituales.

El paciente puede presentar constipación prolongada, interrumpida por diarrea con deposiciones líquidas, poco frecuentes, sin dolor abdominal de color amarillo verdoso y sin mucosidades. A veces, los enfermos acusan dolor abdominal de poca intensidad, referido a la fosa ilíaca derecha.

La tos no productiva es común en estos pacientes. En grado variable hay manifestaciones nerviosas; somnolencia, cierta apatía, indiferencia frente al ambiente y tentitud en las respuestas que constituyen el primer grado de cerebrotóxina. En otras ocasiones, el compromiso psíquico es más intenso y la cerebrotóxina constituye una complicación real.



Al examen físico no destaca pulso lento e hipotensión arterial moderada. Los labios secos, al igual que la lengua, que aparece cubierta de una saburra color pardo, con los bordes y una punta limpios y rojos. La mucosa bucofaríngea se encuentra pálida a excepción de los pilares anteriores que están congestionados. La angina de Duguet es rara y consistente en úlceras alargadas que siguen al eje de los pilares anteriores, indoloras superficiales y de fondos limpios. El abdomen está distendido, globoso, con las paredes blandas, o bien algo tensas, indolora o con ligera sensibilidad en la fosa ilíaca derecha, con gorgoteo en dicha zona y con meteorismo con grado variable. Hay hepato y esplenomegalia palpables 80-90%. Las roseólas tíficas, que se localizan en la piel toracoabdominal, son más frecuentes en los enfermos de fiebre tifoidea 20%, que en los paratifoideos. El estado tífico se presenta en alrededor del 4%. Además de la forma aguda existe la subaguda, con una o más recaídas.

En algunos individuos la bacteria causal no puede ser erradicada y se constituye la infección crónica, lo que en epidemiología se denomina estado portador. Este estado puede ser resultado de infección inaparente y enfermedad subclínica o clínica.

La experiencia del Departamento de Pediatría, permite concluir que la evolución de la fiebre tifoidea sufrió modificación sustancial desde el uso de antibióticos en su tratamiento. Antes de 1949, la enfermedad prolongaba su evolución por semanas y aún por meses, y la mayor riqueza sintomática de la enfermedad correspondía a la segunda semana de la enfermedad, también es muy apreciable en la tercera semana para después ir disminuyendo en forma gradual. Era entonces muy común recoger como síntomas de anamnesis: cefalea, vómitos, diarrea, epistaxis que aparecía en proporción muy inferior durante la hospita-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lización. El niño con fiebre tifoidea se describía entonces como un enfermo que, en general ingresa en forma tardía, cuando el padecimiento lleva dos o aún tres semanas de evolución y en que la causa de ingreso es un estado febril, es un estado febril prolongado, rebelde al tratamiento y sin mucho compromiso del estado general. La evolución hospitalaria alcanzaba, como término medio, hasta la quinta o sexta semana de la enfermedad, y durante ella los síntomas más importantes eran fiebre, decaimiento, lengua saburral y palidez. En algunos casos había otros síntomas más agregados como anorexia, sequedad y labios partidos, signos bronquiales, dolores abdominales espontáneos o a la palpación, bazo grande y roséolas. Los trastornos digestivos o nerviosos y otros síntomas como los dolores osteoarticulares y musculares eran menos frecuentes y no se observaban más allá de la cuarta o quinta semana de la enfermedad.

La recaída de la enfermedad se planteaba ante los siguientes hechos:

Aparición de una crisis febril después de uno o dos días de apirexia.

Presencia de algunos signos del período de fiebre tífica.

Ausencia de complicaciones que explicaran la hipertermia.

Habitualmente la recaída era única, pero podían ocurrir más, así en la literatura se citan casos que se han presentado hasta 6 recaídas. Su frecuencia en el material presentado alcanzó el 9%, cifra superior a la obtenida en enfermos adultos.

La recaída puede observarse tanto en los casos en que los síntomas de las fiebres tíficas han sido leves como en los que el estado tífico ha sido marcado; sin embargo, predominan las recaídas en las formas leves y de corta duración.

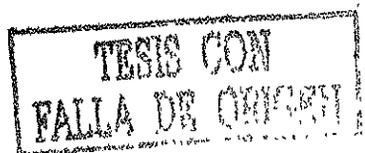


En la experiencia actual, en el Departamento de Pediatría, se destacan como antecedentes de anamnesis fiebre o sensación febril, decaimiento, palidez, epistaxis, y como síntomas menos frecuentes, cefales, vómito y diarrea.

La normalización de la temperatura, signo más destacado del efecto del antibiótico, se observa en un promedio de cuatro días, con un máximo de ocho y un mínimo de uno. En la mayoría de los casos esta caída se produce en lisis y en un porcentaje menor, en crisis; en otra ocasión se observa persistencia de febrículas, habiendo descendido la temperatura en lisis o en crisis. También hay casos en los que no se obtiene la normalización de la temperatura, pero son raros, estos diferentes tipos de curva febril son independientes del tiempo de evolución y gravedad de la enfermedad, de los días de tratamiento y de la dosis de cloranfenicol u otros antimicrobianos.

Los demás síntomas de importancia, como el decaimiento, la anorexia, la esplenomegalia, el meteorismo y las alteraciones bucales desaparecen al cabo de tres días de iniciado el tratamiento, en muchos casos el tratamiento y su mejoría coincide con la normalización de la temperatura.

En el niño menor de tres años las formas tíficas presentan algunos rasgos especiales. Son poco frecuentes y el cuadro clínico es variable. Puede manifestarse por un cuadro similar al descrito: pero también puede revestir la forma de un cuadro febril acompañado de síntomas digestivos graves, como diarrea profusa y aún síndrome disentérico, otras veces predominan hipertermia, vómitos y convulsiones; tiene a comportarse como una septicemia clínica, similar a las producidas por otros gérmenes en estas edades. En estos casos el diagnóstico es difícil



y esta condicionado por el hallazgo del agente causal en el hemo-mielo y coprocultivo. (17)

El aislamiento de *S. typhi* de heces no permite determinar que estos microorganismos sean los causantes de la enfermedad, pudiendo ser solo portadores algunos de los pacientes. (18)

La demostración de una elevación significativa en el título de anticuerpos frente a los microorganismos específicos aislados a partir del paciente, resulta útil para comprobar el diagnóstico. (18)

Los bacilos tíficos pueden persistir en médula ósea después que los hemocultivos son negativos. (20)

En algunos casos no aumentan las aglutininas durante la evolución de la fiebre tifoidea. (21)

Las manifestaciones del sistema nervioso central pueden hacer sospechar meningitis o encefalitis. (18)

El herpes labial es raro asociado a esta enfermedad, y su presencia debe hacernos pensar en otro diagnóstico. (21)

La certificación bacteriológica es un objetivo deseable en el esfuerzo diagnóstico. El hemocultivo en el adulto, según experiencia del Hospital de infecciones Lucio Córdoba es de 68-80%. La muestra de sangre se obtiene por lo general durante el período febril, tres muestras con intervalo de dos horas entre una y otra. En el niño, el mielocultivo tiene mejor rendimiento que el hemocultivo. Las reacciones serológicas sólo son orientadoras, ya que en la actualidad por lo menos un 20% de enfermos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea confirmados por otros métodos, no tienen aglutininas en su sueros además, aumentos progresivos en la reacción de Widal se producen en asociación a muchas enfermedades no debidas a salmonellas.



En la mayoría de los casos, a las aglutininas anti H aparecen antes que las anti O y alcanza títulos más altos y más persistentes las aglutininas anti O aparecen más tardíamente, alcanzan títulos más bajos y desaparecen más rápido. La reacción de Widal tiene valor en la experiencia del Hospital de Enfermedades Lucio Córdoba, si se relaciona con el cuadro clínico y se efectúa en forma seriada; un alza de cuatro veces el título inicial sería prueba diagnóstica.

El coprocultivo es positivo a la segunda semana 25%, en los niños y tiende a ser negativo hacia el fin de la infección: no se usa como medio diagnóstico, sino para descubrir portadores.

Como métodos inespecíficos se emplean el hemograma y la velocidad de eritrosedimentación. Los valores del hemograma en el período de estado son bastante constantes. Hay anemia de intensidad mediana ó discreta, leucopenia con neutropenia y desviación a la izquierda, con alteraciones toxo-degenerativas de los neutrófilos, junto con aneosinofilia y linfocitosis reactiva. En los preescolares y lactantes se puede observar en lugar de leucopenia, leucocitosis moderada. En cuanto a velocidad de eritrosedimentación, son comunes las cifras de 30 a 50 ml por hora y se pueden elevar en la convalecencia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las fiebres tifoideas y paratifoideas pueden resumirse en tres puntos importantes: reposo, régimen y tratamiento específico, a la que podría agregarse la medicación sintomática y las prácticas de enfermería, que en este padecimiento son de especial importancia.



Un tratamiento antibiótico eficaz es, sin duda, el hecho más importante. Antes del cloranfenicol, la letalidad de la enfermedad era de 10 a 15%. Actualmente es de 0.2 a 0.3%.

Con el tratamiento antibiótico eficaz ha disminuido mucho la frecuencia de complicaciones sépticas: son raras la osteomielítis, artritis y otras.

Se han ensayado múltiples sustancias antimicrobianas en la terapéutica de la enfermedad tífica, unas más eficaces que otras, en el sentido de terminar con mayor rapidez con el estado séptico; sin embargo, hasta ahora ninguno de los antibióticos ó quimioterápicos investigados ha demostrado la eficacia óptima necesaria para destruir al agente causal o colaborar en forma decisiva con los mecanismos defensivos del huésped para erradicar en todos los casos la *Salmonella Typhi*, *paratyphi* y *schpttmulleri*.

Todos los esquemas terapéuticos ensayados arrojan un porcentaje de recaídas y estado de portador postratamiento.

En el Hospital Lucio Córdoba en adultos es recomendable la terapéutica de 3 días con oxifenbutazona 10mg/kg de peso (1 gragea de 10 mg c/6hr en los pacientes con menos de 50 kg y 2 grageas cada 3 hrs para los pacientes con más de 50 kg y cloranfenicol 25mg/kg de peso por 14 días.

La asociación de terapéutica esteroidea al antimicrobiano es de gran utilidad en el adulto, en los casos con cerebrotoxia y de hipotensión marcada. El uso de corticoides no aumenta la hemorragia intestinal ni la perforación de la úlcera tífica.

Los esquemas que se utilizan en el Hospital de infecciosos Lucio Córdoba es el siguiente: prednisona 1.5 mg por kg de peso al primer día sin sobrepasar los 90 mg; el segundo, 2/3 de la dosis inicial y 1/3 de ella el tercero y cuarto día, de preferencia por vía oral.



Las grandes medidas en Latinoamérica para la prevención de las infecciones y fiebres tíficas son la educación y programas destinados a modificar fundamentalmente los factores de saneamiento básico y de control de alimentos, y la vacunación de grupos seleccionados susceptibles o de alta exposición al riesgo de infectarse y enfermar.

En Chile, el control de los portadores ha resultado inoperante, a causa de su alto volumen y a la falta de un medicamento eficaz para erradicar los agentes etiológicos.

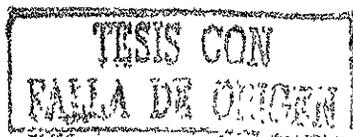
Se ha discutido mucho el valor de las vacunas antitíficas y sus indicaciones. Se supone que la diferencia de antígenos de las diversas cepas de *Salmonella typhi*, sobre todo en lo que se refiere a contenido de antígeno Vi y O, explicaría los resultados variables de las inmunizaciones.

Por lo tanto, las vacunas antitíficas deben contener suficiente cantidad de antígeno Vi y O.

Además, al considerar la protección proporcionada por las vacunas debe estimarse que también depende de la cantidad de organismos infectantes, ya que si son pocos, la protección será total, pero si la infección es masiva puede desarrollarse un cuadro clínico.

La vacuna más usada en la actualidad es la TAB por vía parenteral, que es una asociación de vacunas contra la *Salmonella typhi* y paratyphi A y B. Se discute también la utilidad de la segunda dosis, ya que se ha demostrado que la primera es la más importante, y se aconsejan dosis de refuerzo cada dos años, si se hace necesario mantener la protección.

Se indica inmunización habitual en países con gran frecuencia de fiebre tifoidea, considerándose como la mejor época la edad de 4-5 años. En otros países, sólo se vacunan los individuos más expuestos.



También se ha ensayado en Chile, con resultados alentadores, la vacunación antitífica por vía bucal (3 grageas diarias durante 3 días), con bacilos tíficos y paratíficos B muertos.

COMPLICACIONES

Por tratarse de una septicemia, estos procesos pueden presentar diversas complicaciones y localizaciones secundarias. Su frecuencia en niños es distinta a los adultos.

En 1,400 niños en estos últimos años, las complicaciones fueron: Miocarditis (definida por el EKG)

Hepatitis a veces grave, manifestada por ictericia y hepatomegalia. Hemorragia intestinal, la más grave y rara en los adultos.

Perforación intestinal una de las más graves caracterizada por dolor abdominal, shock y signos peritoneales.

En el adulto ha tenido una frecuencia de 0.36% de los casos de Fiebre Tifoidea, excepcional en paratifoidea.

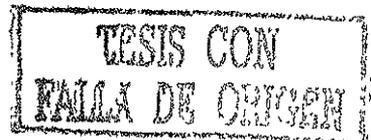
Ultimamente se ha descrito síndromes de coagulación intravascular diseminada en la evolución de las fiebres tíficas. (17)

Hay tromboflebitis de la vena femoral, neumonía y colecistitis en menor proporción de pacientes.

En otras ocasiones presentan confusión mental o delirio que puede agravarse con disturbios de la conciencia, de la conducta, convulsiones y movimientos anormales de la cara.

Algunas veces durante la convalecencia se presenta algún tipo de esquizofrenia.

En casos más raros se complica en epilepsia focal y polineuropatía.

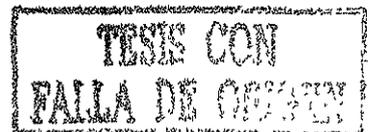


Osteomielitis, alteraciones neuropsiquiátricas e infección localizada de cualquier órgano.

La frecuencia de los abortos aumenta cuando la tifoidea ocurre durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre.

La complicación de mayor trascendencia epidemiológica es la colecistitis que por desgracia ocurre casi siempre en los casos crónicos siendo la fuente principal de diseminación.

La recaída ocurre en 8 a 10% de los casos de pacientes que no reciben tratamiento antimicrobiano y de 10 a 20% en los que reciben cloranfenicol en Estados Unidos. (18)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que los resultados del tratamiento de la Salmonelosis depende del agente etiológico, tipo de antimicrobiano utilizado y duración del mismo.

HIPOTESIS

Los esquemas terapéuticos utilizados para la Salmonelosis en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21 del I.M.S.S., son los adecuados.

OBJETIVOS

Describir los parámetros clínicos, paraclínicos y de tratamiento de la Salmonelosis encontrados en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21

Revisión de medidas preventivas y resultados terapéuticos de la Salmonelosis en otros países.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó con un universo de 150 expedientes de Salmonelosis diagnosticados clínicamente y por laboratorio tomados al azar de los consultorios de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del I.M.S.S. durante los años de 1981-1982.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que los resultados del tratamiento de la Salmonelosis depende del agente etiológico, tipo de antimicrobiano utilizado y duración del mismo.

HIPOTESIS

Los esquemas terapéuticos utilizados para la Salmonelosis en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21 del I.M.S.S., son los adecuados.

OBJETIVOS

Describir los parámetros clínicos, paraclínicos y de tratamiento de la Salmonelosis encontrados en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21

Revisión de medidas preventivas y resultados terapéuticos de la Salmonelosis en otros países.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó con un universo de 150 expedientes de Salmonelosis diagnosticados clínicamente y por laboratorio tomados al azar de los consultorios de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del I.M.S.S. durante los años de 1981-1982.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que los resultados del tratamiento de la Salmonelosis depende del agente etiológico, tipo de antimicrobiano utilizado y duración del mismo.

HIPOTESIS

Los esquemas terapéuticos utilizados para la Salmonelosis en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21 del I.M.S.S., son los adecuados.

OBJETIVOS

Describir los parámetros clínicos, paraclínicos y de tratamiento de la Salmonelosis encontrados en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21

Revisión de medidas preventivas y resultados terapéuticos de la Salmonelosis en otros países.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó con un universo de 150 expedientes de Salmonelosis diagnosticados clínicamente y por laboratorio tomados al azar de los consultorios de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del I.M.S.S. durante los años de 1981-1982.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que los resultados del tratamiento de la Salmonelosis depende del agente etiológico, tipo de antimicrobiano utilizado y duración del mismo.

HIPOTESIS

Los esquemas terapéuticos utilizados para la Salmonelosis en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21 del I.M.S.S., son los adecuados.

OBJETIVOS

Describir los parámetros clínicos, paraclínicos y de tratamiento de la Salmonelosis encontrados en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica No. 21

Revisión de medidas preventivas y resultados terapéuticos de la Salmonelosis en otros países.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó con un universo de 150 expedientes de Salmonelosis diagnosticados clínicamente y por laboratorio tomados al azar de los consultorios de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del I.M.S.S. durante los años de 1981-1982.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de la revisión de los 150 expedientes fueron los siguientes:

Masculino 87 (58%), Femenino 63 (42%)

Por sexos la relación es aproximadamente 4 hombres por 3 mujeres, siendo el mayor número de casos entre los 5-45 años de ambos sexos (gráfica No. 1)

La edad en que menos predominó este padecimiento fue entre los 0-4 años, siendo afectado el sexo masculino con 4 (0.6%), del total (gráfica No.1)

Se encontró igual número de casos en ambos sexos entre los 20-29 años con 55 pacientes que corresponden al 30%.

A medida que aumenta la edad en ambos sexos se observa un descenso del padecimiento, en el grupo de 45 a más edad 4 casos con porcentaje del 4%.

La ocupación fue variable, siendo la mayoría de los pacientes estudiadas, en el sexo femenino dedicadas a las labores del hogar, mientras que en el sexo masculino en la mayoría de ellos en distintas empresas.

Con respecto a los síntomas y signos encontramos los siguientes: Como primer síntoma esta la fiebre remitente con aumento progresivo pero lento desde 38-40 grados C, 81 casos (54%).

Como segundo síntoma esta la cefalea continua y sorda 67 casos (44%), que cedió espontáneamente después de la administración de analgésicos, ya que como sabemos es un padecimiento infecto-contagioso quien la produce.

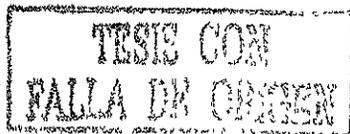
Evacuaciones líquidas con moco 61 (40.6%).

Dolor abdominal difuso 55 (36%)

Malestar general 53 (35%)

Anorexia 17 (11%)

Náuseas y vómito 62 (41.3%)



Sintomatología de vías respiratorias altas 28 (11.3%), predominando la tos seca. (gráfica No. 2)

En relación a la exploración física encontramos los siguientes datos:

Dolor difuso en marco cólico 51 (34%).

Orofaringe hiperémica 16 (10.6%)

Aumento del peristaltismo 34 (22.6%)

Dolor en mesogastrio 7 (4.6%)

Dolor en ambas fosas ilíacas 13 (8.6%)

Hepatoesplenomegalia en un solo caso. (gráfica No. 3)

Estos pacientes detectados fueron vistos y tratados durante la primera semana del padecimiento, en la cual encontramos pocos datos clínicos y de exploración.

Los datos de laboratorio son los siguientes:

Se efectuaron 45 Biometrías Hemáticas con diferencial durante la primera semana del padecimiento: (gráfica No. 4)

Neutropenia 22 (48%)

Linfopenia 11 (24.4%)

Linfocitosis 8 (17%)

Normales 4 (8%)

Las reacciones febriles se practicaron durante la primera y segunda semana del padecimiento cuyos resultados son:

Practicadas 112 (76.6%)

No practicadas 38 (25.3%)

De las 112 Reacciones Febriles practicadas se encontraron:

Positivas 74 (66%)

Negativas 38 (33%) (gráfica No. 5)

Los antimicrobianos utilizados por el Médico Familiar son:



Cloranfenicol 76 (50.6%)

Amplicilina 53 (35.3%)

Trimetroprim con sulfametoxazol 11 (17.3%)

Estos resultados demuestran que el antimicrobiano que más se utilizó en la Salmonelosis es el cloranfenicol. (gráfica No. 6)

Antimicrobiano de elección en ésta enfermedad (4), (14) (18), (20)

La duración en días de los antimicrobianos fueron: (gráfica No. 7).

Menos de 5 días 6 (4%)

5 a más de 10 días 100 (66%)

No se especifica 44 (30%)

La duración más frecuente para tratar el padecimiento de la Salmonelosis fue de 5 a más de 10 días, cuyos resultados fueron los más favorables para la evolución posterior del padecimiento.

Combinaciones antimicrobianas utilizadas: (gráfica No.9)

Amplicilina-Cloranfenicol 2

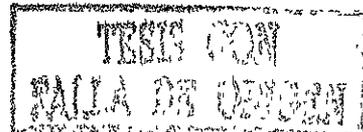
Amplicilina-trimetroprim 1

Cloranfenicol-trimetroprim 3

Fracasos en los resultados:

Amplicilina 20 (37%)

Cloranfenicol 15 (19%)



ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En los resultados obtenidos de la revisión de 150 expedientes de pacientes con Salmonelosis, con respecto al sexo se observa que el grupo más frecuentemente afectado es el sexo masculino esto se debe a la alta probabilidad de ingerir alimentos contaminados, preparados por probables portadores asintomáticos, produciendo ausentismo laboral.

Los síntomas más frecuentemente afectado fue:

La fiebre continua, cefalea y evacuaciones líquidas, éstas últimas en la bibliografía revisada refieren como síntomas más frecuente el estreñimiento, síntoma poco frecuente en el estudio realizado.

Con esta tríada sintomática no se puede llegar a un diagnóstico pero sirve como sospecha clínica para pensar en éste padecimiento que es frecuente en países subdesarrollados como es el nuestro así como las condiciones higiénico-dietéticas que prevalecen en el mismo.

Dentro de los síntomas que llaman la atención, son las manifestaciones de vías respiratorias altas, con la que inicial algunos pacientes, antes de tener sintomatología localizada en aparato digestivo aparece después de la primera semana, ya que al inicio del padecimiento el bacilo tiene localización intracelular, en el tejido linfoide de las vías respiratorias altas.

Con respecto a la Biometría Hemática realizada antes de la primera semana de la enfermedad, se encontró con mayor frecuencia la Neutropenia pero sin olvidar que existe linfopenia como otro dato orientador de la enfermedad.



La serorreacción de aglutinación de Widal con pérdida de la vitalidad bacteriana se empezó a utilizar desde hace 80 años (1900-1901), como recurso de laboratorio para el Diagnóstico de la Salmonelosis, siendo este un nuevo recurso valioso, útil y único con el que se cuenta en el primer nivel de atención para el Diagnóstico de Fiebre Tifoidea.

Las Reacciones Febriles es un estudio no específico de la Fiebre Tifoidea, que no siempre se encontraron positivas, como se observa en los resultados obtenidos. Esto se debió en primer lugar a que fueron solicitados temporalmente al inicio de la enfermedad y en segundo lugar que sólo se encuentran positivas en el 70% de los casos. (17).

Con respecto a los días de evolución, los pacientes acudieron en forma temprana a recibir atención médica, siendo uno de los motivos por los cuales no se encontraron complicaciones.

El antimicrobiano más frecuentemente utilizado fue el cloranfenicol y que dio mejores resultados de curación, ayudando a que no se presentaran complicaciones en el grupo estudiado.

El antimicrobiano con que se presentaron más resistencia fue la ampicilina, es debido a que se utiliza con mucha frecuencia en múltiples padecimientos, produciendo como consecuencia la resistencia antimicrobiana, debido al episoma que presenta el bacilo al alterarse el material genético. (18), (19) y (20).

CONCLUSIONES

Como vemos el tratamiento de elección de la Salmonelosis continua siendo el cloranfenicol, ya que es al que menos se presentan resistencia, seguido de la ampicilina ó el trimetoprim-sulfametoxol según el criterio del médico y/o resistencia al cloranfenicol.

La duración del tratamiento en la mayoría de los casos fue la adecuada como lo demostró la remisión del cuadro clínico al término del tratamiento.

La sintomatología y la signología encontrada en nuestro grupo de pacientes, coincide con la reportada por la bibliografía al respecto, en que es un conjunto de manifestaciones sistemáticas (fiebre, malestar general, náuseas, vómito) etc., con los cuales difícilmente se puede integrar un diagnóstico en la primera consulta, de allí la importancia que el Médico tenga en cuenta la entidad nosológica, la probabilidad diagnóstica de Salmonelosis en relación a los hábitos alimenticios e higiénicos del paciente que así mismo la utilización oportuna de los exámenes de laboratorio (Biometría Hemática, Reacciones Febriles), que le ayuden a fundamentar el diagnóstico y así mismo establecer el tratamiento o específico. Aún cuando por las características del padecimiento las Reacciones Febriles que es el método con que se cuenta en el primer nivel de atención, no da resultados positivos hasta después de la primera semana de evolución.

Lo anterior en muchas ocasiones obliga al Médico Familiar a instalar un tratamiento con bases puramente clínicas, ya que no es posible esperar a que se enclaresca el cuadro clínico para instalar un tratamiento.

Por último es recomendable insistir en la educación tanto médica higiénica y nutricional, a la población en riesgo

para en lo posible prevenir y/o tratar a tiempo el padecimiento.

Así como una vigilancia epidemiológica promoviendo la notificación oportuna de los casos y en los que sea posible basar el diagnóstico clínico y bacteriológicamente para un control adecuado de los focos de infección.

Por otra parte las medidas que llevarían a un mejor control de ésta entidad nosológica, sería la identificación y tratamiento del portador asintomático (examen bacteriológico obligatorio para ingresar a cualquier centro de trabajo u escuela).

Lo que ha sido desde siempre conocido, como el aprovechamiento de agua potable, adecuada disposición de excretas, la vigilancia sanitaria efectiva de los manejadores de alimentos; serían las medidas por excelencia para el control de todos los padecimientos infecto-contagiosos como principal la Salmonelosis.

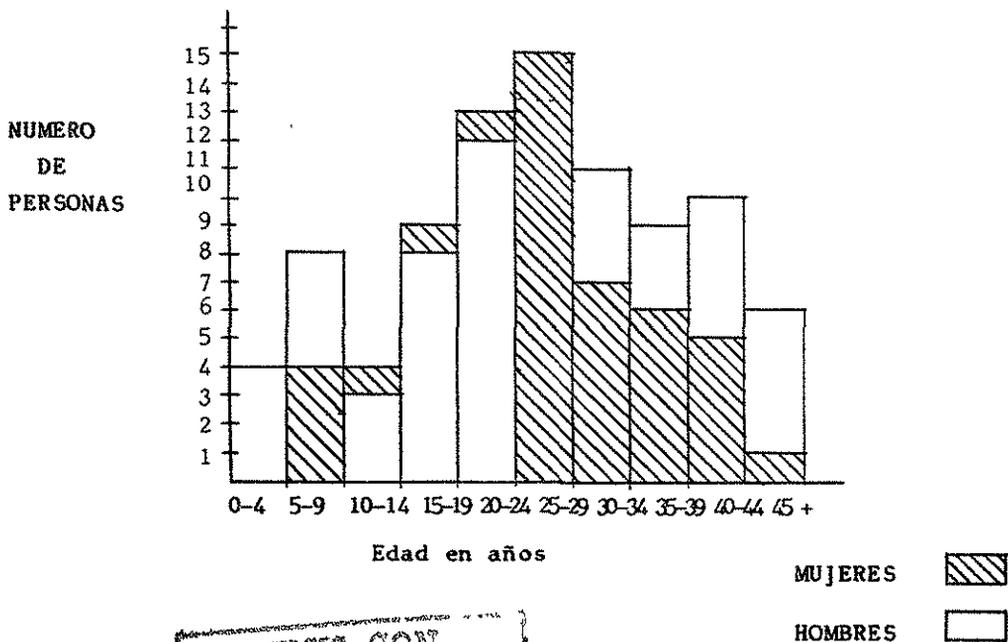


MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 1

GRUPO DE EDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

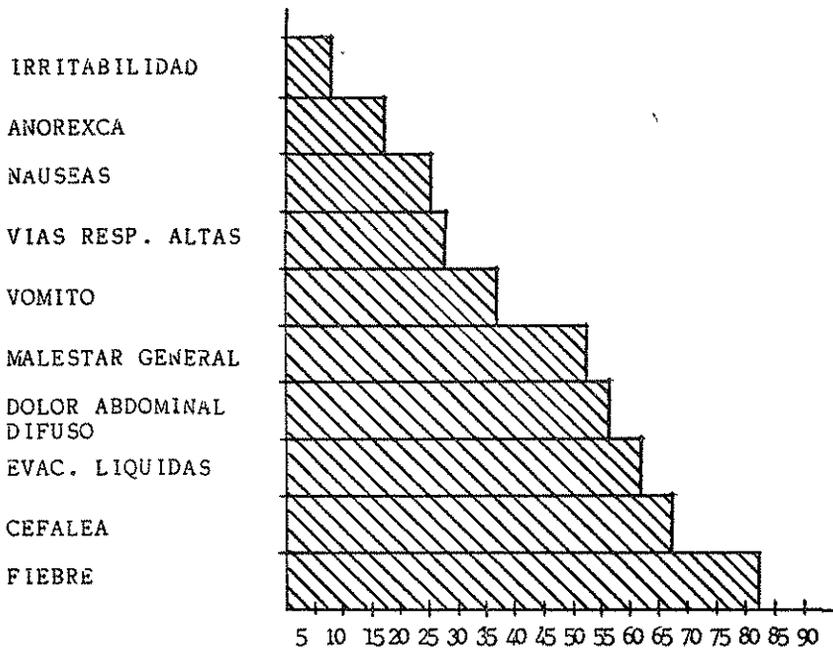
MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR

U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 2

SINTOMATOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

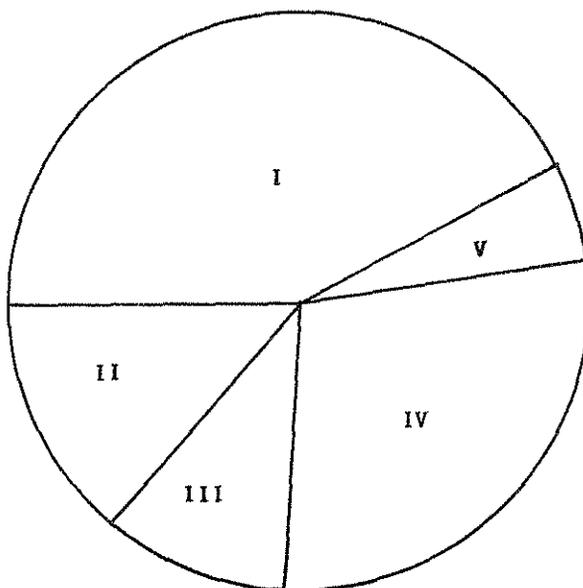
MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR

EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 3

SIGNOS



- I Marco cólico doloroso 51 (34%)
- II Orofaringe hiperemicas 16 (10.6%)
- III Dolor en ambos flancos 13 (8.6%)
- IV Peristaltismo aumentado 34 (22.6%)
- V Dolor en mesogastrio 7 (4.6%)

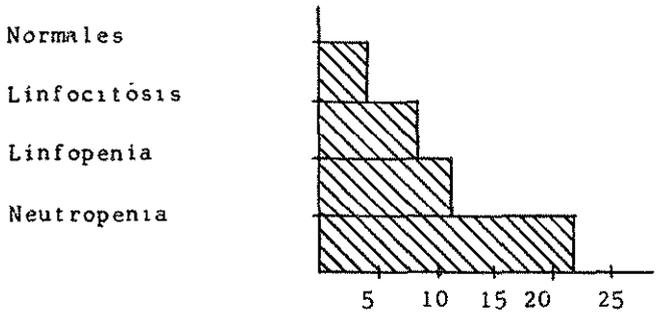
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 4

BIOMETRIAS HEMATICAS
(45)



Biometrias Hemáticas

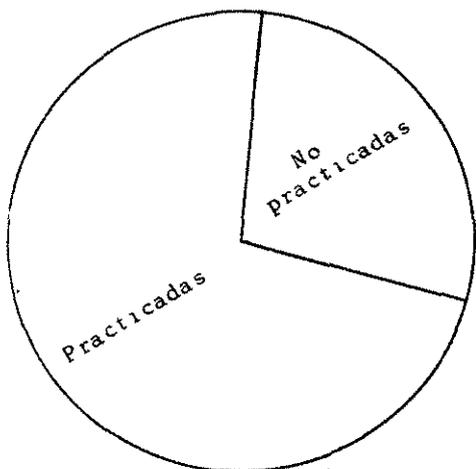


MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

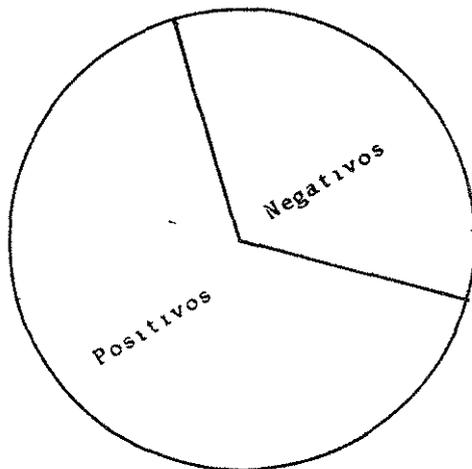
REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 5

REACCIONES FEBRILES
(112)



Prácticadas 112 (74.6%)
No prácticadas 38 (25.4%)



Negativos 38 (33%)
Positivos 74 (66%)

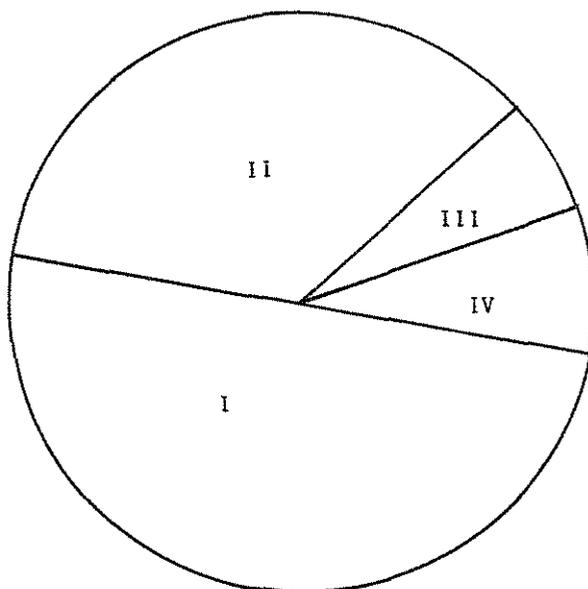
TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 6

ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS



I	Cloranfenicol	76 (50.6%)
II	Amplicilina	53 (35.3%)
III	Trimetroprim	10 (6.6%)
IV	Sin antimicrobianos	11 (7.3%)

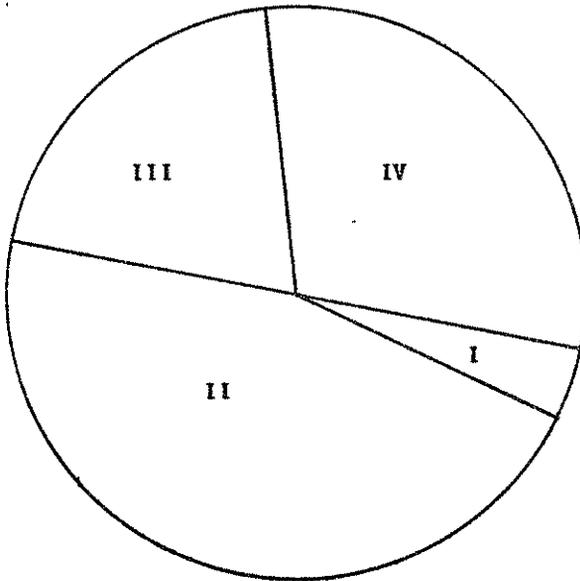
TESIS JOM
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 7

DURACION DEL TRATAMIENTO



I	0-5 días	6	(4%)
II	5-10 días	100	(66%)
III	No se especifica	44	(30%)

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

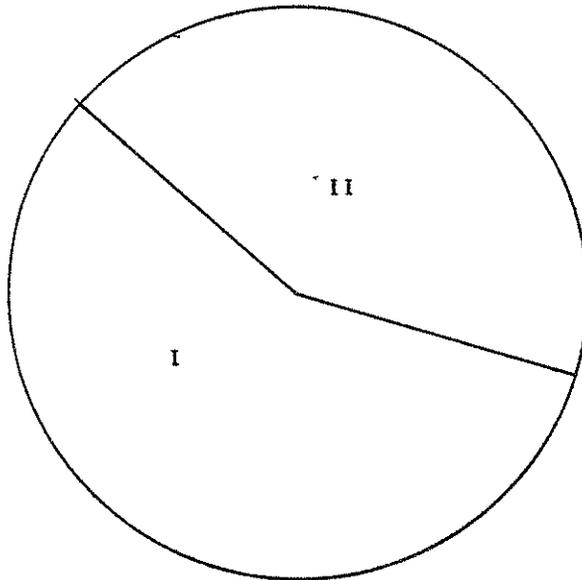
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

MANEJO DE LA SALMONELOSIS POR EL MEDICO FAMILIAR
EN LA U.M.F. No. 21

REVISION DE 150 EXPEDIENTES DE SALMONELOSIS

GRAFICA No. 8

RESISTENCIA ANTIMICROBIANA



I Amplicilina 20 (37%)
II Cloranfenicol 15 (19%)

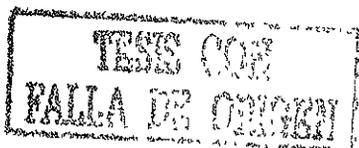
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rhoads JE. The impact of nutrition on infection. Surg. Clinic North Am 1980 Feb., 60 (1): 41-7
- 2.- Nelson JD;Kunsmiesz H; Jackson LH; Woodman E., Treatment of Salmonella gastroenteritis with ampicillin, amoxicillin, or placebo. Pediatrics 1980 Jun; 65(6): 1135-30
- 3.- Hernández-Velarde R, Sánchez-Castillo J; Cielo-Díaz-Godinez M; Muñoz Hernández. Use of the enzyme-linked immunosorbent assay technique (ELISA) for the diagnosis of typhoid fever. I. Standardization of technique. Arch. Invest. Med (Mex) 1980; 11(1): 137-45
- 4.- Peredo López Velarde MA; de la Cabada Cortés FJ; Roolos Romo M; Ayala Cayton JJ; Díaz J. Saldaña J.: Clinical differences in Typhoid fever caused by Salmonella Typhi chloramphenicol-sensitive and resistant Rev. Latinoam Microbiol 1980 Apr.-Jun; 22(2):59-63
- 5.- Espersem F, Hertz JB; Hiby N; Moegensen HH.: Quantitative Immunoelectrophoretic analysis of Salmonella typhi antigens and of corresponding antibodies in human sera: Acta Pathol Microbiol Scand (B) 1980 Aug; 88(4):237-42
- 6.- Mukhtor ED, Mekki MO: Trimethoprim-sulphamethoxazole in the treatment of enteric fever in the Sudan.
- 7.- Bassily SB; Kilpatrick ME; Fard Z; Mikhail IA; EL-Masry NA: Chronic Salmonella bacteriuria with intermittent bacteremia treated with low doses of amoxicillin or ampicillin: Antimicrob Agents Chemother 1981 Nov; 20(5):630-3
- 8.- Gohkt An outbreak of paratyphoid A in Singapore: Clinical and epidemiological studies Southeast Asian J. Trop Med Public Health 1981 Mar; 12(1):55-62
- 9.- Popkiss ME: Typhoid fever; A report on a point-source outbreak of 69 cases in Cape Town: S. Afr. Meed. 1980 Mar; 57(9)325-9



- 10.- Bollag U. Practical evaluation of a pilot immunization campaign against Typhoid fever in a Cambodian refugee camp. *Int. J. Epidemiol* 1980 Jun; 9(2):121-2
- 11.- Steffen R; Schar G; Masimann J., Salmonella and Shigella infections in Switzerland, with special reference to typhoid vaccination for travellers. *Scand J. Infect - Dis.* 1981; 13(2):121-7
- 12.- Threlfall EJ.; Ward LR; Ashley AS; Rowe B., Plasmid-encoded Trimethoprim resistance in multiresistant epidemic Salmonella Typhimurium resistant phage types 204 and 193 in Britain. *Br. Med J.* 1980 May 17; 280(6225) 1210-1.
- 13.- Carrada Bravot. (typhoid fever and antityphoid vaccination In memory of S. Morones-Alba and A. Celis Salazar). *Salud Publica Mex* 1981 Mar-Apr; 23(2)103-58
- 14.- Hornick, R.B.; Greisman, S.E. Woodward, T.E.; Dupont, H.L. Dawkins, A.T. y Snyder, M.J.: Typhoid Fever: Pathogenesis and Immunologic Control (second of two Parts) *New Engl. J. Med.*, 283:739-746, 1970
- 15.- Varela, G.; González-Cortés, A; Ibarra López, M. Primera - Publicación de Búsqueda de Portadores de Salmonella - en 7,436 Muestras de Hece de habitantes de la Ciudad de México; *Rev. Inv. Sal. Púb.*: 32:59-62, 1972
- 16.- Anderson, W. y Kissane, J.; *Pathology* ; 7a. edición; ED.- Mosby; 2977 pp. 396-400
- 17.- Enrique Fanta N; Roque Kraljevic O.; *Fiebres Tíficas (- Fiebres tifoidea y paratifoidea; Infectología* 1981,- 3, 203-211
- 18.- Jinick, H y Hersh, T.; "Diarreas, Diagnóstico y Tratamiento"; *Librería de Medicina; México, D.F.*; 1978; - pp. 157-165



- 19.- Nakano, M. y Saito, K; " Chemical Components in the Cell Wall of Salmonella typhimurium affecting its Virulence and Immunogenicity in Mice"; Nature, Vol.222;pp.1085-1086; Jun 1969.
- 20.- Youmans, G.P.; "The Biologic and Clinical Basis of - Infectious Diseases"; ED.Saunders Company; Filadelfia, Pa., E.U.A.; 1975; pp. 483-494
- 21.- Collins, F.M.; "mucosal Defences against Salmonella - Infection in the Mouse"; Jour.Infc.Dis.;Vol.137, No. 5 pp. 503-510; mayo, 1979.

