



**NOMBRE DEL ALUMNO:**

Fabiola Diaz Morales

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

Elisa Pérez

**LICENCIATURA:**

Enfermería

**MATERIA:**

Seminario de tesis

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:**

octavo "A" escolarizado

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:**

Descripción del problema, Delimitación del estudio

## 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La fiebre tifoidea es una infección potencialmente mortal causada por la bacteria *Salmonella typhi*. En general se propaga por agua o alimentos contaminados. La fiebre tifoidea es un problema de salud pública en los países en desarrollo.

(Boletín Epidemiológico, 2019) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma: se observa un incremento de 21.6 millones a 26.9 millones de casos de fiebre tifoidea, con más de 200 mil muertes por año. La región de Latinoamérica tiene una incidencia media de fiebre tifoidea de 10 a 120 casos por cada 100 mil habitantes, por año. En estados unidos, cada año se presentan menos de 500 casos esporádicos y la cifra es similar en otros países industrializados, la mayoría de sus casos son importados de zonas endémicas. Europa, América del Norte y el resto del mundo desarrollado tienen una baja incidencia de Fiebre tifoidea. México en el año 2018 reporto un total de 34,906 casos de fiebre tifoidea con una tasa de 27.85 por cada 100,000 habitantes. (p.2)

De acuerdo a la (OMS, 2018) cada año enferman de fiebre tifoidea entre 11 y 20 millones de personas, de las que mueren entre 128 000 y 161 000. (p.1)

(Asociación Mexicana de Vacunología, 2020) señala: Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 21 millones de casos y 222,000 muertes relacionadas con la fiebre tifoidea ocurren anualmente en todo el mundo.

En México en 2017 se reportaron 24,756 casos de fiebre tifoidea, mientras que en el 2018 (hasta la semana 27 de reporte epidemiológico) se han reportado 19,178 casos de dicha enfermedad.

(Perez Sierra, 1999) señala que las tasas de casos notificados varían desde uno por 100 000 o menos en los Estados Unidos y otros países desarrollados, 10 por 100 000 en los países del sur del Mediterráneo, hasta 100 por 100 000 o más en áreas endémicas como Chile, Indonesia y la India. El incremento agudo de los casos en algunos países se debe a varias condiciones: 1) rápido incremento de la población, 2) aumento de la urbanización, 3) inadecuadas facilidades para procesar los desechos humanos, 4) disminución del abasto de agua per cápita y mala calidad de la que suministran, 5) consumo de alimentos

elaborados con aguas contaminadas y 6) exceso de personas a atender en los servicios de salud.

En los Estados Unidos, el número de casos esporádicos de fiebre tifoidea ha permanecido relativamente constante, y desde hace varios años se presentan menos de 500 enfermos por año (en comparación con 2 484 notificados en 1950). El riesgo de infección por fiebre tifoidea en los viajeros varía en relación con la incidencia en los países visitados. Para los viajeros norteamericanos, el riesgo es sólo 0,01 X 100 000 si el destino es al norte de Europa, pero se incrementa a más de 10 X 100 000 si es la India o Perú (p. 3).

(Gallegos Bosh, 2016) Indica que la distribución de la enfermedad es mundial, aunque es más frecuente en los países subdesarrollados. En la América Latina continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad, aunque no existe información fidedigna que refleje su magnitud, debido a la notificación incompleta y muy variable de los diferentes países.

A pesar de que la incidencia de fiebre tifoidea ha disminuido considerablemente en los países desarrollados con buenas condiciones sanitarias, se estima que cada año ocurre en el mundo aproximadamente 33 millones de casos, con 300 000 fallecidos.

Las tasas de casos notificados varían desde uno por 100 000 o menos en los Estados Unidos y otros países desarrollados, 10 por 100 000 en los países del sur del Mediterráneo, hasta 1000 por 100 000 ó más en áreas endémicas como Chile, Indonesia y la India.

En áreas endémicas ocurre una distribución específica de la incidencia según la edad; más baja incidencia en niños menores de 3 años, un pico en la edad escolar (5-19 años) y una baja incidencia en los adultos. El número de casos se incrementó como consecuencia de la agudización de las dificultades económicas que ha tenido que enfrentar Cuba, lo cual favoreció el deterioro de algunos elementos puntuales del saneamiento básico ambiental (pp. 3y 4).

(AEP, 2020) señala que los datos de que dispone la Dirección General de Salud Pública, el número de casos por 100.000 habitantes han descendido en España durante las últimas décadas, a pesar de lo cual continúa siendo una enfermedad relativamente frecuente en nuestro país.

La tasa de incidencia se cifra entre 0,12 y 0,14 casos por 100.000 habitantes. En 2017 hubo 43 casos (0,10/100.000), según datos provisionales de nuestros servicios de vigilancia epidemiológica, correspondientes a la semana 52 de 2017.

Aproximadamente cada año se declaran unos 50 casos, una cifra probablemente bastante inferior a la real. La mayoría de los casos se producen en pacientes que han viajado a zonas endémicas, 30 días antes del inicio de los síntomas de la enfermedad. Se producen anualmente alrededor de 12 millones de casos y 125 000 muertes a nivel mundial, sobre todo en Asia y en África Subsahariana (datos de 2018). La tasa de mortalidad es del 1 %.

## NACIONAL

(Carrado, 1981) menciona: En México la fiebre tifoidea continúa siendo un problema sanitario serio; la enfermedad es endémica, principalmente entre las poblaciones empobrecidas, carentes de agua y de servicios sanitarios básicos. La fuente principal de la infección son los humanos infectados y la susceptibilidad es universal; la bacteria causal se transmite a través de los alimentos el agua o de las manos contaminadas en el ciclo ano-mano-boca. condicionado por la insalubridad y la falta de hábitos de limpieza.

Durante el siglo XIX hubo confusión entre el tifo exantemático y la tifoidea y las primeras referencias mexicanas sobre este tema arrancan desde 1864~1865. cuando los doctores M. Jiménez, J. Hidalgo Carpio y M. Carmona y Valle publicaron algunos casos anatómicos bien estudiados y a pesar de no contarse con el auxilio de las técnicas bacteriológicas modernas demostraron que las lesiones típicas en las placas de Peyer la hipertrofia de los ganglios mesentéricos y la roséola tifoidea eran alteraciones características de la tifoidea que no se encontraban en el tifo epidémico. Sus bien llevados trabajos científicos son ejemplos. de observación cuidadosa y deducción clínica. se investigaron los sinónimos vermiculares de la tifoidea en México.

Hay registros de mortalidad anual bastante completos desde 1896 a 1976, puesto que se acostumbraba en la ciudad de México registrar las defunciones y sus coeficientes respectivos; existen datos de mortalidad nacional disponibles en la Dirección General de Estadística. S.P.P. los que se presentan en forma de cuadros. En el periodo de 54 años de 1922 a 1975 hubo en México 223.838 defunciones por tifoidea con coeficiente promedio de

18.83 por 100.000 habitantes, observándose disminución irregular de la mortalidad desde 35.9 registrado en 1923 a 3.2 en 1975: aunque se presentaron epidemias serias anualmente seguramente debidas a que entre los 70 millones de habitantes del país existen muchos que son portadores de *S. typhi*.

Se describe la distribución geográfica de la mortalidad por entidades observándose que históricamente las tasas más altas se registraron en las regiones áridas del norte. principalmente en Coahuila, Chihuahua. Nuevo león, Zacatecas y los estados de la mesa central como Puebla, Tlaxcala, Querétaro, San Luis Potosí. Jalisco. Guanajuato, México y el sureste en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tabasco. Hubo una correlación cercana entre la ruralidad, la pobreza, el mal saneamiento y los coeficientes de mortalidad por tifoidea. El análisis de la mortalidad eraria (1963-1975) demostró que la tifoidea fue mortífera incluso desde el primer año de la vida, aunque el grupo más afectado fueron los niños de un mes hasta catorce años inclusive con 49.4% de las defunciones y no hubo diferencias significativas entre ambos sexos (pp.103 y 104).

(GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, 2012) afirma: En México por su dificultad diagnóstica, muy probablemente los reportes de frecuencia estén subestimados; sin embargo, se ha reportado que hasta 2011, Tabasco ocupa uno de los primeros lugares en incidencia en México con 15.64 casos por 10 mil habitantes, seguido de Chiapas con 12.04, Coahuila con 11.22, Quintana Roo con 5.40 y Aguascalientes con 5.47 casos por 10 mil habitantes. El resto de los Estados con cifras por abajo de 5 casos por 10 mil habitantes.

Según el SINAVE, hasta la segunda semana de 2012, respecto a paratifoidea y otras salmonelosis se reportan 536 casos en hombres y 1006 casos en mujeres, para un total de 1542 casos en toda la República Mexicana (SINAVE 2012) (p.7).

(Calva Edmundo, 2016) afirma que, en México, la incidencia es cien veces menor a la de Indonesia, o sea de 10 por cada 100,000 habitantes. De hecho, de 1989 a 1993, la incidencia disminuyó a la mitad, coincidiendo con las campañas del sector salud para la prevención del cólera.

El grupo etario más afectado es el de adultos jóvenes, de 19 a 44 años de edad. Ciertamente, las diferencias en incidencia y en grupos de edad afectados son problemas

de interés para la epidemiología, cuya resolución involucra la mejor comprensión de los modos de transmisión y sobrevivencia de la bacteria en el ambiente, el conocimiento más profundo de la respuesta inmunológica del hospedante y de las posibles variaciones genéticas entre los aislados clínicos de *S. typhi*.

## **1.6 DELIMITACION DEL ESTUDIO**

La investigación se centra en el tema de la fiebre tifoidea, se eligió este tema ya que la zona centro de Frontera Comalapa, es uno de los lugares más concurridos por los habitantes, además de encontrar una gran variedad de establecimientos de comida rápida en lo cual muchos de ellos no siguen el protocolo de sector salud; especialmente se quiere estudiar los factores de riesgos que generan la fiebre tifoidea en la sociedad debido a la falta del conocimiento en cuanto al tema ya que no se le ha dado tanto importancia y debido a esto hay personas que no tienen ni la más mínima idea de cómo pueden contraer la fiebre tifoidea.

La investigación se llevará a cabo en la zona centro de Frontera Comalapa, Chiapas, especialmente en los alrededores del parque central ubicada en la zona centro de este municipio.