



MEDICINA HUMANA

Nombre de alumno: Sanchez Chanona Jhonatan

Docente: Gordillo Aguilar Gladys Elena

**Nombre del trabajo: Resumen Fiebre Tifoidea-Tarea de la
Semana**

Materia: Microbiología y Parasitología

Grado: 2°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de abril de 2021

FIEBRE TIFOIDEA

Etiología

El género *Salmonella* pertenece a la familia Enterobacteriaceae, son bacilos gramnegativos, no formadores de esporas, anaerobios facultativos, provistos de flagelos y móviles. Crecen bien en los medios de cultivo habituales. De acuerdo con la presencia de los antígenos O (lipopolisacárido), Vi (polisacárido capsular) y H (flagelar) pueden actualmente serotiparse en más de 2.300 serovariedades.

Fiebre tifoidea

Es una enfermedad febril aguda de origen enterico producida por la *Salmonella typhi*. En raras ocasiones *Salmonella paratyphi A*, *paratyphi B*, (*Salmonella schottmuelleri*) y *Salmonella paratyphi C* (*Salmonella birschfeldii*) pueden producir un cuadro clínico similar, aunque de menor gravedad. Estas *Salmonellas* sólo afectan al ser humano. La mortalidad con un tratamiento adecuado es casi nula y las complicaciones más graves suelen ser la perforación y la hemorragia intestinal.

Epidemiología

Al ser los seres humanos los únicos huéspedes de este tipo de salmonellas, la fuente de nuevas infecciones son los enfermos, los enfermos convalecientes (durante tres meses aproximadamente) y los portadores sanos crónicos (2% de las personas que han pasado la enfermedad, más frecuente en mujeres con colititis). La vía de transmisión es la fecal-oral, a través de aguas contaminadas no higienizadas, alimentos manipulados por portadores, ingestión de crustáceos contaminados o vegetales regados con aguas.

contaminadas. Todas estas circunstancias hacen que en el momento actual el diagnóstico de casos de fiebre tifoidea en nuestro entorno.

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación suele ser variable entre 2 y 3 semanas, el comienzo insidioso y los síntomas predominantes son fiebre de intensidad variable, cefalea, diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, tos, miasmas y vómitos, anorexia y escalofríos.

Diagnóstico clínico

Se recomienda considerar el diagnóstico clínico de fiebre tifoidea ante los siguientes datos:

- Fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$ durante más de 72 horas
- Cefalea
- Malestar general
- Tos seca

Otras manifestaciones que apoyan la sospecha clínica son:

- Constipación o diarrea
- Vómito
- Dolor abdominal
- Exantema macular (roséola tifoidea)
- Lengua saburral
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia

Los datos del laboratorio son muy inespecíficos, a veces leucopenia, trombopenia o discreta movilización de enzimas hepáticas.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el aislamiento de la *Salmonella typhi*, fundamentalmente en los hemocultivos que suelen ser positivos en la primera semana en el

90% de los casos, perdiendo sensibilidad con el paso de los días (50% en la tercera semana. El coprocultivo y el urocultivo suelen ser negativos en la primera semana y terminan siendo positivos en el 75% de los casos en la tercera semana. En el caso de un portador crónico el coprocultivo positivo puede inducir a error. También se puede aislar el microorganismo en la médula ósea (permite el aislamiento del germen al comienzo de la enfermedad, incluso en aquellos que han recibido antibióticos) y en lesiones de la piel (roséola). El diagnóstico serológico cada vez se utiliza menos por su baja sensibilidad y especificidad. Puede ser útil en aquellos pacientes en los que se sospecha la enfermedad.

Pruebas Diagnósticas

Los estudios de laboratorio de utilidad para completar el diagnóstico de Fiebre tifoidea son:

1. **Biometría hemática:** Investigar la presencia de anemia, leucopenia, eosinopenia y trombocitopenia como datos asociados a Fiebre tifoidea. Ante la presencia de anemia aguda buscar dirigidamente complicaciones como sangrados o perforación intestinal.
2. **Prueba de aglutinación de Widal (Reacciones febriles)** a partir de la segunda semana de evolución de la enfermedad; se considerará positiva cuando los títulos de ambos anticuerpos ("O" y "H") sean $\geq 1:160$ (un resultado negativo no descarta la enfermedad).
3. En los casos donde se tenga alta sospecha de fiebre tifoidea y los reacciones febriles no sean concluyentes es recomendable

Solicitar pruebas rápidas para detección de anticuerpos contra *S. typhi* a partir de la segunda semana de la enfermedad.

4. **Hemocultivo:** realizado preferentemente a finales de la primera semana o durante la segunda semana de la enfermedad.

5. **Mielocultivo:** en aquellos casos en donde exista alta sospecha clínica de fiebre tifoidea y el reporte del resultado del hemocultivo es negativo.

A todo paciente con síndrome febril persistente por más de 1 semana y reacción de Widal con títulos de antígenos O y H $\geq 1:160$ a pesar de tratamiento por fiebre tifoidea se recomienda realizar los siguientes cultivos:

- Hemocultivo
- Mielocultivo
- Urocultivo
- Coprocultivo

Tratamiento Farmacológico

Para el tratamiento ambulatorio y hospitalario de niños y adultos con fiebre tifoidea

(casos aislados, casos fuera de brote epidémico o cuando el germen sea sensible con base al patrón de susceptibilidad de *S. typhi*) se recomiendan los siguientes antimicrobianos como fármacos de primera línea:

1. Ciprofloxacina:

niños: 15 a 20 mg/kg/día VO c/12 h por 7 días.

Adultos: 500 mg VO c/12 h por 7 días.

2. Cefixima

Niños: 15 a 20 mg/kg/día VO c/12 h por 14 días.

Adultos: 200 mg VO c/12 h por 14 días.

3. Cloranfenicol:

Niños: 50 a 75 mg/kg/día VO c/6 h por 14 días
(no exceder 3g)

Adultos: 500 mg VO c/6 h por 14 días (no exceder 3g)

Cuando no es posible utilizar los fármacos de primera línea los alternativos son:

1. Ampicilina:

Niños: 50 a 100 mg/kg/día VO c/6 h por 14 días

Adultos: 1 gr VO cada 6 horas

2. Amoxicilina:

Niños: 50 a 100 mg/kg/día VO c/6 h por 14 días

Adultos: 1 gr VO cada 8 horas

3. Trimetoprim-sulfametoxazol:

Niños: 4 a 10 mg/kg/día (en base a trimetoprim) VO c/12 h por 14 días

Adultos: 160 mg (en base a trimetoprim) VO c/12 h por 14 días.

Se recomienda utilizar azitromicina en los casos de brote epidémico de fiebre tifoidea o cuando se trate de resistencia probada de *S. typhi* a fármacos de primera línea; siempre y cuando exista la posibilidad de ofrecer tratamiento ambulatorio:

• Niños 10 mg/kg/día VO cada 24 hs por 7 días

• Adultos: 500 mg VO cada 24 h por 7 días

Las cefalosporinas de tercera generación están indicadas en los siguientes casos:

• Falla al tratamiento ambulatorio inicial

• Resistencia a fármacos de primera línea

• Imposibilidad para administrar los antimicrobianos por vía oral.

• Fiebre tifoidea complicada

• Recaída de la enfermedad.

Cefotaxima:

Niños: 40 a 80 mg/kg/día IV c/8 h por 14 a 21 días.
Adultos: 1 a 2 g IV c/6-8 h por 14 a 21 días.

Ceftriaxona:

Niños: 50 a 75 mg/kg/día IV o IM c/12 a 24 h por 14 a 21 días.

Adultos: 2 a 4 g IV o IM c/12 a 24 h por 14 a 21 días.

Se sugiere el cambio al tratamiento por vía oral sólo cuando se conozca que la cepa aislada es susceptible a cualquiera de las alternativas por vía oral.

Para el tratamiento de erradicación del estado de portador los antimicrobianos de primera elección son:

1. Ciprofloxacina:

Niños: 15 a 20 mg/kg/día VO c/12 h por 28 días.
Adultos: 750 mg VO c/12 h por 28 días.

2. Amoxicilina:

Niños: 100 mg/kg/día VO c/6 h por 6 semanas.
Adultos: 1 gr VO cada 6 hs por 6 semanas.

3. Trimetoprim - Sulfametoxazol (TMP/SMZ):

Niños: de 4 a 10 mg/kg/día (TMP) VO c/12 h por 6 semanas.

4. Ampicilina:

Niños: 100 mg/kg/día VO c/6 h por 6 semanas.
Adultos: 1 gr VO cada 6 horas por 6 semanas.

En las mujeres gestantes con fiebre, si se recomienda el tratamiento con ampicilina, amoxicilina o cefalosporinas de tercera generación en las dosis previamente discutidas.

Para el control de la fiebre es recomendable el uso de ibuprofeno o paracetamol.

Criterios de referencia y contrareferencia

Referencia al segundo nivel de atención

Se recomienda referir al servicio de urgencias de segundo nivel de atención para recibir tratamiento hospitalario a los pacientes con fiebre tifoidea.

Referir a la consulta externa de medicina interna o de pediatría del segundo nivel de atención, a los pacientes que reciben tratamiento de erradicación del estado de portador en UMF cuando se detecte coprocultivo positivo durante cualquier momento del seguimiento.

Contrareferencia al primer nivel de atención

Referir al primer nivel de atención a los pacientes que presentaron fiebre tifoidea y que después de la vigilancia se encuentran asintomáticos y al menos con un coprocultivo negativo.

Datos de alarma

Fiebre persistente después de 4 días de tratamiento antimicrobiano ambulatorio

Dolor abdominal

Vomito persistente

Diarrea severa

Diarrea severa

Distensión abdominal

Deshidratación

Niños con fiebre de difícil control y antecedentes

Niños con rechazo a la vía oral, Dificultad respiratoria

Hemorragia a cualquier nivel.

Complicaciones

Perforación intestinal

Alteraciones Neurológicas

Coagulación intravascular diseminada (CID)

Hepatitis con insuficiencia hepática

Miocarditis

Síndrome hemolítico urémico

Neumonía