

Apuntes de Patología Médica para Enfermeras.

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

LECCIÓN X. FIEBRE TIFOIDEA.

DEFINICIÓN

Es una enfermedad infecciosa, aguda, contagiosa, epidémica, causada por el BACILO DE **EBERTH** y caracterizada clínicamente por fiebre continua, trastornos intestinales, estado de postración y de estupor.

ETIOLOGÍA.

Está demostrado por la mayoría de investigadores y patólogos que el bacilo de Eberth es el agente causal de la enfermedad. La fiebre tifoidea es una enfermedad de la **juventud**, siendo más frecuente entre los quince y los treinta años de edad. No respeta raza ni sexo. El primer ataque confiere inmunidad, algunos sujetos sufren recidivas.

MODO DE INFECCIÓN.

Los estudios estadísticos efectuados en diferentes países han demostrado que las epidemias de tifoidea son debidas a las aguas infectadas, leche y otros alimentos, por las evacuaciones de los enfermos. Son también causa de infección la ingestión de verduras crudas, especialmente rábanos, repollo, lechuga, etc., pueden albergar bacilos típicos que proceden, de la **contaminación** del suelo por su abono con excrementos humanos o del agua usada para lavarlos. Desempeñan un papel importante en la propagación de la fiebre tifoidea las moscas, después de posarse en los excrementos de enfermos de tifoidea o de portadores, transportan los bacilos a los artículos alimenticios. Los portadores juegan un importante papel en la transmisión de esta enfermedad; siendo especialmente peligrosas las mujeres, ya que son las que con mayor frecuencia se ocupan de la preparación de los alimentos.

Son portadores las personas que albergan el bacilo de la fiebre tifoidea en las vías biliares o en los intestinos, en quienes este carácter persiste durante largo tiempo, y que tienen una gran importancia en la diseminación de la enfermedad. Esto nos recuerda el curioso caso de una cocinera a quien designaron con el nom-

bre de "MARÍA TIFOIDEA", fue la primera portadora de tifoidea reconocida en Estados Unidos. Esta mujer, al parecer completamente sana, pero cuyas deposiciones contenían gran número de bacilos, fue la causa de múltiples epidemias de fiebre tifoidea, por lo menos en siete brotes, en el término de cinco años.

SINTOMATOLOGIA.

Los primeros síntomas aparecen después de un período de incubación que parece ser por término medio, de dos semanas. A veces es mucho más prolongado y puede durar de veinticinco a cuarenta días. Es difícil, por otra parte, conocer la fecha exacta en que se ha efectuado la infección y precisar el momento de la aparición de los primeros síntomas, dado que el principio de la fiebre tifoidea es de ordinario insidioso. La fiebre tifoidea evoluciona en tres períodos: período de invasión, período de estado y período¹ de declinación.

PERIODO DE INVASIÓN.

Este período está caracterizado por cefalalgia, mal estar general, insomnio y epistaxis. La anorexia es constante, la lengua está saburral y roja en los bordes, son frecuentes las náuseas y los vómitos. Al mismo tiempo se declara la fiebre, de tipo continuo, pero sobretodo vespertina; la curva asciende gradualmente, baja por la mañana, pero cada tarde traspasa la cifra del día anterior. El estreñimiento es frecuente; puede existir diarrea.

PERIODO DE ESTADO.

Principia en el segundo septenario, es decir, en la segunda semana. Está caracterizado por el estado tifóidico; la postración es profunda, presentando el paciente una pérdida completa de las fuerzas, una astenia marcada. Al mismo tiempo se comprueba estupor, el enfermo permanece indiferente con las personas que le rodean, es apático. La lengua está seca, roja, fuliginosa, labios secos y agrietados. El abdomen está meteorizado; la presión en la fosa ilíaca derecha es dolorosa, y a este «nivel se percibe a menudo gorgoteo. La fiebre fluctúa entre 39 y 40 grados, el pulso es frecuente, Heno, pero su tensión es baja.

PERIODO DE DEFERVESCENCIA.

La defervescencia principia por término medio en la cuarta semana; algunas veces mucho más tarde. Se efectúa ordinariamente de una manera lenta, en seis o siete días, la temperatura baja en lisis, de igual manera que ha subido. Todos los síntomas funcionales se atenúan progresivamente: los trastornos gastroin-

testinales desaparecen, la lengua toma un aspecto normal y el apetito aparece.

El proceso dura cuatro semanas, unas veces menos, otras veces más, sobre todo cuando sobrevienen complicaciones.

COMPLICACIONES.

Las dos complicaciones más frecuentes son las siguientes: la hemorragia y la perforación intestinal. En efecto, los bacilos al proliferar en las glándulas linfáticas la ulceran progresivamente, pudiendo romper una arteriola importante y dar lugar a una hemorragia. Otras veces la ulceración se extiende en profundidad y rompe la pared del intestino, dando lugar a una perforación intestinal con **peritonitis** consecutiva.

TRATAMIENTO.

El enfermo guardará reposo en cama desde el principio de la enfermedad hasta que haya entrado en franca convalecencia. Para el cuidado de estos enfermos es indispensable la cooperación de una buena Enfermera. Esta desinfectará las excreciones de los enfermos, ropa de cama y cuantos objetos puedan contaminarse. Al mismo tiempo dará cuenta Inmediatamente al médico de las complicaciones que surjan durante el curso de la enfermedad, por ejemplo: dolor abdominal inmenso, heces sanguinolentas, elevación o descenso brusco de la temperatura o modificación marcada en la frecuencia del pulso.

RÉGIMEN ALIMENTICIO.

El enfermo será sometido a una dieta en hidratos de carbono, proteínas, jugo de frutas y **vitaminas** para evitar su desnutrición. Los alimentos deben ser líquidos o semisólidos, como leche, mantequilla, arroz hervido, sopa de cereales, huevos pasados por agua, dulce de leche y jaleas. El agua de bebida debe ser abundante para favorecer la eliminación de toxinas y compensar la deshidratación.

Si la fiebre es muy elevada algunos autores recomiendan pequeñas dosis de piramidón, en cambio, otros prefieren la hidrote-rapia. Los baños fríos en bañera, según fueron aconsejados por Brandy, han sido sustituidos por baños con esponjas. Estos baños, correctamente practicados, son tan eficaces como los anteriores, y, además el enfermo no necesita moverse de la cama. También debe aconsejarse una bolsa de hielo sobre el abdomen para reducir el meteorismo y bajar la temperatura. El estreñimiento será tra-

tado con enemas de solución salina o de agua jabonosa, NO DEBEN DARSE PURGANTES.

El insomnio será tratado con preparados de fenobarbital. Las hemorragias intestinales, se combatirán con gluconato de calcio, vitamina K, sueros hemostáticos, plasma, transfusiones sanguíneas, según la gravedad del caso. La perforación intestinal requiere pronta intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO ESPECIFICO.

La droga preferida para combatir esta afección es la CLOROMICETINA, el cual fue obtenido por vez primera de un hongo designado con el nombre de STREPTOMYCES VENEZUELAE, actualmente se obtiene sintéticamente. Se ha comprobado que la cloromicetina tiene una actividad antibiótica definida contra el bacilo de Eberth.

La mayoría de autores recomiendan como dosis inicial 4 Gr., o sean 16 cápsulas de 250 Mg., cada una, debiendo tomarse 4 cápsulas cada hora.. Después se administrará una cápsula de 250 mg., cada dos horas' durante el período febril, y una vez normalizada la temperatura se continuará administrando una cápsula cada tres horas durante doce días como término medio. Con este tratamiento la duración de la enfermedad se reduce a diez o quince días.

PROFILAXIS.

La profilaxis individual de la fiebre tifoidea consiste en beber solamente agua hervida o filtrada en tiempos de epidemia, en no comer frutas sin lavar. Las verduras serán cocidas o lavadas con agua hirviente. Desinfectar los locales ocupados por los enfermos, esterilizar o hervir las ropas de los mismos. Los excrementos y orina del paciente deben ser desinfectados rápidamente con solución de ácido fénico al 5%, de formalina al 10% o agua de cal.

Las enfermeras y demás personas que asistan a los enfermos de tifoidea deben vacunarse contra la enfermedad y desinfectarse las manos después de haber tenido contacto con el enfermo o con sus utensilios. Los platos, vasos, cubiertos que se pongan en contacto con el enfermo deberán ser cuidadosamente esterilizados por ebullición después de su uso. Ha de prestarse atención especial a la desinfección de los orinales.

APUNTES BIOGRÁFICOS

Patología Interna, por el Dr. Cecil.—Patología Interna, por el Dr. J. Collet.—Saneamiento Urbano y Rural, por el Dr. Víctor M. Ehlers.—Medicina Práctica, por el Dr. Morris.—Notas Terapéuticas, Noviembre de 1950.