



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA POSTERIOR A LA
PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TIFICO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Mena Suárez, María Gabriela

Tutor: Dr. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

Ambato-Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA POSTERIOR A LA PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TIFICO”, de Mena Suárez María Gabriela, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

El TUTOR

.....
Dr. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA POSTERIOR A LA PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TIFICO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del presente trabajo.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Mena Suárez, María Gabriela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Mena Suárez, María Gabriela

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: “PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA POSTERIOR A LA PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TIFICO”, elaborado por: Mena Suárez María Gabriela, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

.....

PRESIDENTE

DEDICATORIA

“Todo aquel que nace tiene una doble nacionalidad, una del reino de la salud y la otra del reino de la enfermedad. Y aunque todos nosotros preferimos usar sólo el buen pasaporte, tarde o temprano cada uno de nosotros estará obligado, al menos por un momento, a identificarse como ciudadano de ese otro lugar”

Dedico este logro a Martha y Raúl, mis padres, mis amigos, mi raíz. Porque detrás de mí; están su esfuerzo, sacrificio, lágrimas y confianza. Sin duda alguna ustedes me brindaron el más grande amor, pero también me dieron la oportunidad de pelear las más duras batallas. Los verdaderos pilares que sostuvieron con fuerza mi mirada hacia el horizonte, que secaron mis lágrimas y mi sudor, atendieron mis sollozos, suplieron mi sed, alimentaron mi coraje...Gracias.

A Segundo Suárez †, mi abuelito y Mauricio Alexander †, mi hermano, sé que nunca estuve sola y que en cada paso en los largos pasillos del Hospital y de la vida, estuvieron a mi lado.

A Ma. Ricardina, mi abuelita, y desde luego la persona que más ha creído en mí, desde que empezó este camino. Este logro y todo mi corazón para usted.

Y no podría dejar de dedicar esta felicidad a la Pasión, el Arte y el Amor que representan la Medicina, a esa locura que nos mueve el espíritu, sin ella ninguno de estos sacrificios sería posible ni tampoco ninguna recompensa sería merecida.

Al destino que puso este arte en mi caminar.

Ma. Gabriela Mena.

AGRADECIMIENTO

“Fragmento de la Carta de Esculapio a su Hijo

¿Quieres ser médico hijo mío? ¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida? Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero si, indiferente a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones, si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, hazte médico, hijo mío.”

Durante este camino, incomparable; buenos y malos momentos ayudaron a fortalecer mi carácter, me brindaron una perspectiva de la vida mucho más amplia y me han enseñado a ser más cautelosa pero sin dejar de ser la mujer que soy, me han enseñado a valorar cada amanecer, al presenciar el dolor y el sufrimiento del ser humano, a valorar cada paso y no renegar de cada de derrota o sufrimiento, porque he ahí la fortaleza del futuro, y la alegría del mañana.

Hoy, al finalizar mis estudios de grado en la Carrera de Medicina y luego de haber permanecido casi 7 años en este camino y por los muchos que espero vengan , existen tanto por expresar, tanto por agradecer, sentimientos encontrados al terminar un ciclo y empezar el verdadero reto.. La vida.

Lo que llevo de existencia ha requerido sacrificios, voluntad, disciplina, vivencias y esta pasión. También muchos obstáculos que enfrenté a pesar de todo percance.

Por llevarme en sus pensamientos, derramar sus bondades sobre mí y permitirme guardar en mi interior lo mejor de ustedes, les agradeceré por siempre. Como no

expresar mi orgullo por haber llegado hasta aquí y por ser quién soy, paso a paso; eso es algo que nunca habría sido posible sin ustedes en mi camino. Gracias.

A mis padres, Martha y Raúl, almas maestras, guías, modelos, personas sublimes que se involucraron en mi devenir, en mis decisiones, en mi aprendizaje y contribuyeron sin condiciones, sin prejuicios, ni precio, con mis logros, con mis virtudes. La vida no me alcanzara para agradecerles todo lo que hacen por mí, solo me queda entregarles mi amor cada minuto que me reste.

A María Ricardina, mi abuelita y mi segunda mamá, un ser lleno de amor y de bondad; que con su dulzura a acompañado mis pequeños pasos, primero yo de su mano y ahora ella de mi brazo. Mi admiración, mi amor, mi respeto para ud; un ejemplo de lucha.

A Yolanda, mi tía, compañera y muchas veces confidente; por estar en cada paso con tu apoyo incondicional, enseñándome que el enfoque está en superar las propias expectativas, en ser cada día mejor, por uno mismo, no por el resto, por entenderme y por confiar en mi capacidad.

A Hernán, mi tío, por las experiencias, las risas, por dejarme ser parte de su mundo y por formar parte del mío, por estar siempre dispuesto a ofrecer consejos y ser atento con las cosas que me pasan. Mi agradecimiento más sincero.

Katy y Marce, a ustedes los he visto crecer ante mis ojos, sin dar crédito al paso del tiempo; pero saben, les tengo que agradecer el darme la oportunidad de sentir la necesidad de proteger a alguien más y también por darme la oportunidad y la responsabilidad de ser una guía más en sus pasos. La vida es hermosa, llena de alegrías pero también de tristezas, pero eso la hace aún más bella y eso nos hace ser mejores seres humanos día a día. Que el destino les depare lo mejor siempre y aunque se los he mencionado muchas veces. Siempre estaré ahí.

Los lazos de hermanas no distinguen la sangre cuando compartimos un mismo corazón, a ti Magy, mi infinito amor y agradecimiento, por acompañarme en los momentos en que más te he necesitado, los consejos, la felicidad y por dejarme descubrir las verdaderas prioridades.

A mi familia: Por brindarme todo lo que me hizo falta antes de que lo notara, antes de que lo pidiera. Por valerse de sus experiencias para enseñarme el valor de la constancia. Por tener la paciencia que tantas veces he necesitado. Les agradezco principalmente por haberme dejado ser quien soy, por velar por mí. Junto a ustedes aprendí que soy justo lo que siempre he querido ser.

Adrián, gracias por acompañarme en mi caminar; por el apoyo durante estos años. Por ser el mejor compañero, amigo, por brindarme tu amor durante mi carrera, mis metas, fracasos y experiencias.

A mi Tutor, Dr. Jorge Chuchuca, gracias por los conocimientos impartidos, el consejo oportuno y la paciencia; que como médicos en formación es imposible no requerirla. Mi agradecimiento más sincero por dejarme entrar en ese mundo tan hermoso como es la Cirugía, sin lugar a duda de mis más hermosas experiencias todas y cada una.

A la escuela “La Inmaculada”, donde comenzó mi formación, fue la base del conocimiento. En sus aulas comenzó a nacer este objetivo que hoy gracias a todos mis maestros y maestras se ve cumplido. Mi más sincero agradecimiento.

A la Unidad Educativa “San José La Salle”, a mis maestros y maestras por brindarme durante mis años de adolescencia los conocimientos necesarios, por sembrar las dudas y la sed de conocimiento y también por sembrar en mi la semilla de la Medicina, en sus aulas decidí que quería entrar en este mundo.

A la Universidad Técnica de Ambato, por forjar en mí el conocimiento que hoy me permite culminar este objetivo. Por brindarme las herramientas para ser una excelente profesional para el beneficio de la sociedad. Por enseñarme que el esfuerzo y el sacrificio se ven recompensado. Y por enseñarme que es cierto, que Medicina no es una carrera de velocidad sino de resistencia, también de mucha valentía y sobre todo de mucha paciencia.

A mi querido Hospital General Puyo, en sus pasillos aprendí que escogí para mi vida lo que me hace feliz, que si uno hace lo que le gusta nunca tendrá que trabajar, sino solo luchar por su pasión. Tantas experiencias vividas, tantos retos. Se convirtió en mi mundo, mi segundo hogar y mi segunda familia. La confianza que han puesto en mi será recompensada, y el agradecimiento hacia esta noble institución será infinito.

Y no me puedo olvidar de agradecer el apoyo de quienes más nos enseñan, nuestros pacientes. Ellos nos enseñan lo que es la confianza, la esperanza, con ellos descubrimos en nosotros la compasión y la responsabilidad que significa ser médico. Nuestros pacientes son nuestra razón para seguir mejorando, Son nuestras lágrimas pero también son nuestras sonrisas, Por ustedes este sacrificio.

Este, es el momento de dar las gracias a todas las personas que han hecho posible este sueño, mi sueño. Pero también es momento de comenzar una nueva lucha y comenzar un sin número de nuevos retos.

Solo me resta decir que al aceptar esta gran responsabilidad, mi corazón se llena de felicidad. Hoy no es un sueño lejano, es una realidad.

María Gabriela Mena.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1. DEFINICIÓN.....	3
2.2. EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA	3
2.3. ETIOLOGÍA	5
2.4. CLASIFICACIÓN DE LA PERITONITIS	6
2.5. ETIOPATOGENIA.....	8
2.6. FISIOPATOLOGÍA DE LA PERFORACIÓN TÍFICA.....	9
2.7. TOPOGRAFÍA DE LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA ⁽⁷⁾	10
2.8. PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	11
2.9. CONSIDERACIONES CLÍNICAS	12
2.10. DIAGNÓSTICO	14
2.11. TRATAMIENTO	15
2.12. PRONÓSTICO	18
III. OBJETIVOS.....	20

3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	20
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
IV.	RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	21
4.1.	HISTORIA CLÍNICA.....	22
V.	DESARROLLO.....	36
5.1.	DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	36
5.2.	ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	48
5.3.	DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	50
5.4.	ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	50
5.5.	IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	51
5.6.	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	52
5.7.	PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	55
VI.	CONCLUSIONES.....	56
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
VIII.	ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 BIOMETRÍA HEMÁTICA (INGRESO)	27
TABLA 2 QUÍMICA SANGUÍNEA (INGRESO)	28
TABLA 3 GASOMETRIA ARTERIAL (INGRESO)	28
TABLA 4 EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA (INGRESO)	29
TABLA 5 BIOMETRIA HEMATICA (PREVIO AL INGRESO)	30
TABLA 6 QUIMICA SANGUINEA (PREVIO AL INGRESO).....	30
TABLA 7 BIOMETRIA HEMATICA (04/12/16)	31
TABLA 8 QUIMICA SANGUINEA - SEROLOGIA (04/12/16))	31
TABLA 9 BIOMETRIA HEMATICA (05/12/16)	32
TABLA 10 QUIMICA SANGUINEA - SEROLOGIA (05/12/16))	33
TABLA 11 BIOMETRIA HEMATICA (12/12/16)	33
TABLA 12 QUIMICA SANGUINEA - SEROLOGIA (12/12/16))	34
TABLA 13 BIOMETRIA HEMATICA (15/12/16)	34
TABLA 14 QUIMICA SANGUINEA (15/12/16))	35
TABLA 15 MICROBIOLOGIA (10/12/16)).....	35
TABLA 16 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA ..	52

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA POSTERIOR A LA
PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TÍFICO**

Autora: Mena Suárez, María Gabriela

Tutor: Dr. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

Fecha: Septiembre del 2016

RESUMEN

Con todos los progresos en el campo diagnóstico, la mortalidad asociada con la peritonitis secundaria grave es aún muy alta. Actualmente la Salmonelosis se mantiene con cifras elevadas sobre todo en sectores donde no existe acceso a buenas condiciones de salubridad. Una de las complicaciones letales es la Perforación Tífica.

Es importante identificar puntos críticos durante la atención del paciente con Salmonelosis complicada y además se busca definir características preventivas en atención primaria, de casos sospechosos de Salmonelosis.

Se presenta el Caso de paciente femenina de 24 años de edad– APP: Episodios diarreicos a repetición desde hace varios años (Fiebre tifoidea). Presenta dolor abdominal de 2 meses de evolución localizado en epigastrio, vómito postprandial inmediato por 3 ocasiones diarias, deposiciones diarreicas líquidas, fétidas; alza térmica, cuadro se intensifica y se acompaña de dificultad en la deambulación. Se decide manejo, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, requiere intervenciones subsecuentes para lograr mejorar condiciones. Requirió confección de Ileostomía. Evolucionó de forma favorable, es dada de alta con controles periódicos por el Área de Cirugía General.

Se pudo definir parámetros de mejora en algunos aspectos organizacionales de la salud y de cómo intervienen en el adecuado manejo y contar con protocolos terapéuticos de nuestro medio a nivel de la Atención primaria para poder tener una mejor toma de decisiones terapéuticas.

La predicción y la aplicación oportuna de las medidas de soporte representan la esencia para aumentar la sobrevida y disminuir la mortalidad.

PALABRAS CLAVES: PERFORACION_TIFICA, SALMONELOSIS, PERITONITIS

UNIVERSITY TECHNICAL OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**ACUTE GENERALIZED PERITONITIS LATER TO INTESTINAL
PERFORATION OF TYPHOID ORIGIN**

Author: Mena Suárez, María Gabriela

Tutor: Dr. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

Date: September 2016

ABSTRACT

With all the progress in the diagnostic field, mortality associated with severe secondary peritonitis is still very high. Currently Salmonellosis is maintained with high figures especially in sectors where there is no access to good sanitation. One of the complications is the perforation lethal typhus.

It is important to identify critical points during the care of patients with complicated Salmonellosis and also seeks to define preventive properties in primary care, suspected cases of salmonellosis.

The case of female patient 24 years of age is presented APP: recurrent diarrhea for several years Episodes (Typhoid). Has abdominal pain of 2 months evolution located in epigastric postprandial immediately vomited 3 times daily, liquid diarrheal stools, fetid; thermal rise, intensifies box and is accompanied by difficulty in ambulation. Management is decided, he entered the ICU, required to achieve better conditions subsequent interventions. It required making ileostomy. It evolved favorably, it is discharged with regular checks by the Department of General Surgery.

Could define parameters for improvement in some organizational aspects of health and how involved in the proper management and treatment protocols have our average level of primary care in order to have a better therapeutic decision-making. Prediction and timely implementation of supportive measures represent the essence to increase survival and reduce mortality.

KEYWORDS: TYPHOID_PERFORATION, SALMONELLOSIS, PERITONITIS

I. INTRODUCCIÓN

Peritonitis constituye uno de los más importantes retos en la Cirugía General, específicamente en el manejo en Urgencia. Es uno de los problemas infecciosos más serios a los que se enfrentan los médicos. ⁽¹⁾

A pesar de los múltiples adelantos en cuanto a terapia antimicrobiana y cuidados de sostén en las unidades de cuidados intensivos, a donde generalmente llegan estos pacientes, seguimos teniendo morbilidad extensa y considerables tasas de mortalidad.

Para comprender en su verdadera dimensión esta patología debemos entender que la cavidad peritoneal es mucho más que un saco biológicamente inerte; es un órgano altamente evolucionado que se encarga de preservar la integridad de los órganos intra-abdominales. La superficie extraordinariamente grande unida al hecho de su gran capacidad de absorción explica la gravedad del cuadro.

El peritoneo tiene, como veremos, algunos mecanismos defensivos contra la infección como son: El Epiplón Mayor, su topografía en espacios y la exudación peritoneal de fibrina como elemento aislador y retardador de la absorción de bacterias. ⁽¹⁾

La fiebre tifoidea es una infección bacteriana intestinal y sistémica. Se distingue por fiebre continua, cefalalgia intensa, malestar general, anorexia, mialgia, escalofríos, dolor abdominal, hepatoesplenomegalia y leucopenia. El curso clínico prolongado y grave suele propiciar complicaciones como sangrado del tubo digestivo, perforación intestinal, miocarditis, encefalopatía y coagulación intravascular diseminada. ⁽²⁾

Una de las complicaciones letales de la fiebre tifoidea es la perforación intestinal, la cual surge habitualmente como consecuencia de la necrosis de las placas de Peyer en el borde anti mesentérico, en la mayoría de los casos.

Su incidencia varía ampliamente casi siempre dependiendo de la localización geográfica. En la literatura mundial señala una tasa global de perforación tífica de 2.8%, especialmente aumenta en los países en vía de desarrollo, y África en particular, presentan tasa anual de incidencia de perforación tífica de 540 y 1,020 por 1000 000 habitantes respectivamente.

La tasa de mortalidad quirúrgica reportada es del 20%- 60%, que aumenta especialmente en pacientes ancianos. Con una tasa de mortalidad quirúrgica de 25.4%.^(3,9)

Además, se señalan como factores pronósticos de mortalidad el tiempo de perforación, presencia de enterorragia, secreción peritoneal fecaloidea y la evidencia de 2 o 3 perforaciones intestinales.⁽¹⁸⁾

La malnutrición, la peritonitis generalizada, la sepsis, la deshidratación y los desbalances hidro-electrolíticos son los principales problemas en la perforación tífica.⁽¹⁰⁾

Se señalan que los pacientes con perforación tífica deben tener manejo preoperatorio agresivo más una administración combinada y apropiada de antibióticos. Si bien la perforación ileal tradicionalmente es tratada con cloranfenicol y manejo quirúrgico, los pacientes jóvenes tienen mejor estado de recuperación que pacientes mayores.^(7,8)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN

Peritonitis difusa aguda es una emergencia quirúrgica común en todo el mundo y un importante contribuyente a no relacionadas con el trauma número de muertos. Sus causas son muy variadas y están correlacionadas con la mortalidad. La Peritonitis adquirida en la comunidad parece jugar un papel importante y es con frecuencia relacionada con perforación de víscera hueca. ⁽⁴⁾

Puede cursar como complicación de otra patología o ser espontánea. ⁽¹⁴⁾

La Fiebre Tifoidea por su carácter séptico puede en el curso de su evolución dar lugar a diferentes tipos de complicaciones según sean los órganos afectados. La mayor incidencia de complicaciones digestivas se explica por la localización primaria de la infección en intestino delgado, desde donde fácilmente alcanza órganos contiguos como hígado y vesícula biliar; si el daño a la mucosa intestinal es severo, lleva a hemorragia y/o perforación del intestino. ^(7,16)

2.2. EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA

Se estima que, en el año 2000, en todo el mundo, la fiebre tifoidea tuvo 21.6 millones de casos y causó 216,500 defunciones.¹⁸ La incidencia poblacional más alta por cada 100 mil habitantes se registró en India (980), Indonesia (850), Sudáfrica (810), Nepal (655) y Vietnam (414). En Chile fluctuó entre 91 y 227.18 En 1960, la incidencia en México era de 17.6 por cada 100 mil y descendió en 1985 a 8.6. En el 2000 se notificaron 1,196 casos; es decir, la tendencia fue descendente. ⁽²⁾

Desde el punto de vista histórico, la tifoidea está relacionada con la pobreza, la falta de higiene personal y el consumo de agua y alimentos contaminados (leche, ostiones, crema, helados y verduras crudas regadas con agua negra).⁽²⁾

La fiebre tifoidea a lo largo de la historia ha sido y continua siendo una importante causa de mortalidad y morbilidad, principalmente en los países en vías de desarrollo.

Según estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Salmonella typhi* se encuentra entre uno de los principales microorganismos que más daño causa a los ecuatorianos, seguida por *Taenia solium*, *Taenia sagitani*, *Vibrio cholera*, etc.

Entre el año 2003 y el año 2004 las tasas de incidencia de fiebre tifoidea fueron de 62,3 y 52,4 por 100000 habitantes, respectivamente. Para el año 2005 se notificaron 48,3 casos por 100000 habitantes, lo que corresponde a disminución en el número de casos

La región más afectada del país es la Costa, presentando en el año 2006 las tasas más elevada. En lo que concierne a la distribución geográfica por provincias, las más afectadas del país durante el año 2006 fueron Los Ríos y El Oro con tasas de 349,2 y 158,2 por 100000 habitantes respectivamente (tabla #1). Cabe recalcar que la fiebre tifoidea afecta gravemente y principalmente a los habitantes del sector rural de Ecuador.

De acuerdo a reportes del Ministerio de Salud Pública, la incidencia de la fiebre tifoidea en el país durante el año 2007 fue de 6,024, de los cuales 870 casos se presentaron en la región sierra, 5007 casos en la región costa, 145 casos en la región amazónica y 2 casos en la región insular.

Debido a la gran incidencia que presenta esta enfermedad, el Ministerio de Salud Pública ha decidido ubicarla como una de las principales enfermedades de notificación obligatoria.

Según datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocupan el primer lugar de las diez principales causas de morbilidad por egreso hospitalario

El aumento de la incidencia de fiebre tifoidea en Ecuador se debe a una inadecuada higiene, aumento de la población y consumo de alimentos elaborados con agua contaminada, por ello, el Gobierno de la República Ecuatoriana debe tomar medidas de control realizando campañas para fomentar un mayor cuidado en la higiene de la familia, educar a la población y mejorar las condiciones sanitarias, con el objetivo de interrumpir la vía de transmisión de la enfermedad y reducir el número de portadores.

La fiebre tifoidea ocasionada por *Salmonella typhi*, es una gran problema para la Salud Pública de Ecuador ya que presenta una alta incidencia y afecta gravemente a los habitantes ecuatorianos.

2.3. ETIOLOGÍA

La inflamación del peritoneo puede producirse por: ⁽¹⁾

- a.** Llegada de gérmenes a la cavidad abdominal: por infecciones agudas como son la apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc. Por perforaciones agudas debidas a cuadros infecciosos o traumáticos o estrangulación o infarto intestinal.
- b.** Presencia de sustancias químicas irritantes: ej. Pancreatitis.
- c.** Por la presencia de cuerpos extraños: gasa, talco, almidón, etc.

- d. Por la presencia de sustancias raras (endógenas o exógenas): escape anastomótico, contaminantes como sangre, bilis, orina, etc.

Es importante anotar que dependiendo de la naturaleza de la sustancia habrá mayor o menor reacción peritoneal, así de mayor a menor, tenemos: líquido pancreático, líquido intestinal, sangre, bilis y orina.

Los gérmenes pueden invadir el peritoneo por tres vías: ^(5,1)

1. Vía Directa o local.- En donde la contaminación puede tener lugar por:
 - a.- Ruptura de víscera hueca de causa inflamatoria o traumática,
 - b.- Ruptura de proceso séptico asentado en cualquier víscera,
 - c.- Invasión de la serosa.
2. Vía sanguínea.
3. Vía linfática.

2.4. CLASIFICACIÓN DE LA PERITONITIS

La peritonitis puede clasificarse de las siguientes maneras: ^(5,1)

a. POR SU EXTENSIÓN:

Pueden ser: Localizadas, Focalizadas, Generalizadas, Difusas o Propagantes

b. POR SU AGENTE CAUSAL:

Pueden ser: Sépticas o Asépticas

c. POR EL INICIO DE ACCIÓN DEL AGENTE CAUSAL O SU ORIGEN:

PRIMARIAS (no causa intraabdominal, monobacteriana).

SECUNDARIAS (causa abdominal, polimicrobiana).

d. POR SU EVOLUCIÓN:

Pueden ser: Agudas, Crónicas

- **PERITONITIS LOCALIZADAS O FOCALIZADAS.-** Como su nombre lo indica son aquellas que se localizan en un determinado espacio a consecuencia de inflamación de una víscera abdominal, por ejemplo: Fosa Ilíaca Derecha.
- **PERITONITIS GENERALIZADAS O DIFUSAS.-** Localizadas en toda la cavidad peritoneal provienen de una localización específica inicialmente circunscrita.
- **PERITONITIS SÉPTICAS.** - Aquellas de causa bacteriana, cuando la presencia de bacterias supera los mecanismos de defensa peritoneal. Las más comunes son: por bacilos coliformes aeróbicos gramnegativos (*Escherichia coli*) y anaerobios (*Bacteroides fragilis*) y de origen ginecológico (Gonococo).
- **PERITONITIS ASÉPTICAS.** - Se deben a irritación del peritoneo por causa no bacteriana. Puede ser provocada por la introducción en la cavidad peritoneal de ciertos líquidos o preparaciones químicas con fines terapéuticos (por ejemplo, polvo de guantes, talco o almidón) o por el escape hacia la cavidad peritoneal de sangre, bilis, quimo, jugo gástrico o jugo pancreático
- **PERITONITIS PRIMARIAS.** - Peritonitis de causa no aparente y cuando no existe una lesión iniciadora discernible dentro de la cavidad abdominal. Estas peritonitis en sentido estricto son de naturaleza secundaria ya que los organismos infectantes, que habitualmente son estreptococos o neumococos, llegan al peritoneo de algún foco distante por medio del torrente circulatorio, por los canales linfáticos o a través del tracto genital femenino.
- **PERITONITIS SECUNDARIAS.** - Son entidades que pueden complicar casi cualquier patología abdominal ya sea traumática, infecciosa, ulcerosa, obstructiva o neoplásica. La peritonitis postquirúrgica es una causa frecuente

en cirugía de mucha gravedad. Generalmente son polimicrobianas.

- **PERITONITIS AGUDAS.-** Aquí tenemos a la mayoría de las peritonitis secundarias que producen procesos, como su nombre lo dice, agudos: infecciosos, perforación de víscera hueca, estrangulación o infarto intestinal que se producen en un tiempo corto y evolución rápida.

- **PERITONITIS CRÓNICAS.** - Patologías peritoneales que inflaman al peritoneo, pero cuyo cuadro clínico demora en su forma de presentación, ejemplo típico de ello es la peritonitis crónica tuberculosa, actinomicosa, granulomatosa por cuerpos extraños, etc. ^(5,1)

2.5. ETIOPATOGENIA

Como preámbulo debemos conocer características del germen causal, la bacteria *S. Typhi* (*Salmonella* entérica *Typhi*) pertenece a la familia *Enterobacteriaceae*. La secuencia completa del ADN bacteriano consta de 4,599 genes esperados y una región cromosómica conservada en las diferentes especies (70 a 80% del genoma).

La tifoidea comienza cuando la persona ingiere alimentos o bebe agua contaminada con heces de humanos portadores o enfermos, o bien por el manejo inadecuado del germen en el laboratorio.

Se requiere una dosis infectante mínima de entre 10³ y 10⁵ bacterias; pero en los sujetos aclorhídricos o que ingieren antiácidos, se facilita el inicio de la colonización entérica.

La insalubridad ambiental y la falta de hábitos higiénicos son los principales factores de riesgo ⁽²⁰⁾.

La bacteria invade la mucosa del íleon terminal, a través de las células M especializadas en el muestreo antigénico y capaces de inducir la internalización; o bien, invaden los enterocitos. Se adhieren también sobre la mucosa usando una proteína receptora (pr-reguladora de la translocación transmembrana), proceso regulado por los genes bacterianos 58-60 (IPS 1). De esta manera induce la formación de proteínas secretadas capaces de generar la polimerización de la actina y producir cierto movimiento del citoesqueleto y de la membrana del enterocito, fenómeno que propicia la internalización bacteriana.

Los macrófagos fagocitan la Salmonella, pero sufren apoptosis mediada por la caspasa 1, enzima inducida por la propia bacteria. Se multiplican en el tejido linfoide intestinal y los ganglios linfáticos del mesenterio; de este modo inducen hiperplasia y agrandamiento de las placas de Peyer, adenomegalias periféricas con necrosis y hemorragias focales.

La bacteriemia subsecuente permite la invasión al sistema retículo-endotelial y los fagocitos del hígado (tifomas), bazo y médula ósea en un plazo de 24 horas tras la ingestión. El gen Nramp-1 expresado por los macrófagos regula el crecimiento intracelular de las bacterias, pero el interferón gama es necesario para fagocitarlas y destruirlas (inmunidad celular propia de los linfocitos T ayudadores tipo 1).⁽²⁾

2.6. FISIOPATOLOGÍA DE LA PERFORACIÓN TÍFICA

La perforación intestinal tífica es, en general, consecuencia de una úlcera que, iniciada en la vertiente mucosa del intestino, ha ido progresando hasta la serosa peritoneal, terminando por producir la necrosis de la misma, estableciendo una comunicación directa. Entre la cavidad del intestino y la cavidad peritoneal.

El punto de origen de las perforaciones radica en las placas de Peyer y folículos solitarios del intestino inflamadas por el proceso tifódico.⁽⁶⁾

La ulceración se debe a una acción directa de la toxina tífica sobre el sistema nervioso vegetativo de la cavidad abdominal, con los folículos linfáticos y placas de Peyer del intestino. ⁽⁷⁾

El progreso anatomopatológico de la lesión intestinal tífica es por sí solo suficiente para dar lugar a la perforación, aun en las mejores condiciones de quietud del intestino y sin ayuda de influencias extrañas. No obstante, un número variable de circunstancias suelen acelerar, e incluso en un momento dado determinar, la perforación.

Las alteraciones anatomopatológicas características de la tifoidea, a nivel del intestino, tanto en los folículos linfáticos como de las placas de Peyer, asientan en las proximidades de la válvula íleocecal y en la porción distal del íleon.

Pueden hallarse también en el intestino grueso, si bien en proporción muy reducida. Otras localizaciones a lo largo del conducto digestivo son posibles, pero su aparición constituye más bien una rareza.

Estos hallazgos anatomopatológicos nos explican perfectamente el por qué la mayor parte de las perforaciones tienen lugar a nivel de la: válvula íleocecal y de la porción del íleon contigua a ésta. Entre el 95 por 100 de casos con esta localización. ⁽⁷⁾

2.7. TOPOGRAFÍA DE LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA ⁽⁷⁾

	<u>Perforaciones</u>
En la misma válvula íleocecal... ..	1
En la base del apéndice	1
En íleon a 2 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 4 cm. de la válvula íleocecal	3
En íleon a 5 cm. de la válvula íleocecal	12
En íleon a 8 cm. de la válvula íleocecal	3
En íleon a 10 cm. de la válvula íleocecal	13
En íleon a 12 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 15 cm. de la válvula íleocecal	9
En íleon a 20 cm. de la válvula íleocecal	6

En ileon a 21 cm. de la válvula ileocecal	2
En ileon a 25 cm. de la válvula ileocecal	3
En ileon a 30 cm. de la válvula ileocecal	6
En ileon a 35 cm. de la válvula ileocecal	1
En ileon a 40 cm. de la válvula ileocecal	1
En ileon a 50 cm. de la válvula ileocecal	2
En la primera porción del colon ascendente... ..	1
En el ángulo hepático del colon	1
En sigma	2
En curvatura mayor del estómago	2
En esófago	1

Así, por ejemplo, se describen perforaciones en el ciego, apéndice, sigma y colon transversal, incluso se han descrito casos de perforación tífica en el divertículo de Meckel.

La localización de la perforación, hace referencia a las placas de Peyer y folículos linfáticos en la parte intestinal opuesta a la inserción mesentérica.

En la mayoría de los casos, la perforación es única, aunque es posible que dos o más úlceras intestinales se perforen simultáneamente, dando lugar a la perforación múltiple.

2.8. PRESENTACIÓN CLÍNICA

La sintomatología depende en gran parte del estado general del enfermo en el momento de ocurrir la perforación y de la forma evolutiva de la enfermedad. ⁽¹¹⁾

En las tifoideas hipertóxicas graves y ataxoadinámicas hay escasez de signos peritoneales por hallarse éstos velados, debido al estado de adinamia y postración de estos enfermos.

En contraposición, en las formas leves, ambulatorias o semiambulatorias se suele mostrar un episodio llamativo intensamente doloroso.

En la perforación intestinal tífica hay tres síntomas capitales, que son:

- Dolor espontáneo y a la palpación.
- Resistencia de la pared.

- Neumoperitoneo.

2.9. CONSIDERACIONES CLÍNICAS

DOLOR ESPONTÁNEO. - El dolor, sea cual fuere su intensidad, es el primer síntoma que llama la atención. Saber apreciarlo debidamente constituye un dato de mucho valor para llegar, por lo menos, a la presunción de una complicación de tipo perforativo.

Si a este dolor abdominal se le añade cierto grado de contractura, por discreto que sea, es suficiente indicación operatoria, en relación con clínica.

En la perforación intestinal tifódica no suele hallarse un cuadro agudo doloroso comparable al del perforado gástrico. Es más frecuente la sintomatología propia de la perforación solapada, quieta, engañosa, que puede pasar inadvertida por el médico.

La localización inicial del dolor espontáneo se repite clásicamente, que es en el cuadrante inferior derecho del abdomen; pero en nuestras observaciones hemos encontrado el mismo número de casos en los que el dolor se localizaba en el hemiabdomen inferior.

La localización supra umbilical es rara y solamente se la observa en los momentos iniciales, pasando posteriormente al cuadrante inferior derecho. Hay que hacer notar que por la localización del dolor no podemos excluir la perforación tífica, dadas las diferentes posibilidades topográficas de la misma. El dolor espontáneo puede persistir, disminuir o desaparecer totalmente.

DOLOR A LA PALPACIÓN.

Es siempre constante, nunca falta en los alrededores de la zona apendicular, en la forma clásica y en las proximidades del ombligo, fosa ilíaca izquierda o hipocondrio izquierdo, en las perforaciones de topografía menos frecuente.

RESISTENCIA DE LA PARED.

La reacción peritoneal en estos enfermos no es casi nunca brutal ya veces puede estar ausente. La característica fundamental es la de ceder a la mano que oprime suavemente para reencontrarse a cada nueva palpación. Asimismo, afirma que en muchas ocasiones lo que se percibe con la exploración es una sensación mixta que él llama con mucho acierto "contractura tensión", en la que probablemente intervienen ambos factores.

NEUMOPERITONEO Y DESAPARICIÓN DE LA MATIDEZ HEPÁTICA.

El Neumoperitoneo constituye un signo de mucho más valor que la desaparición de la matidez hepática, ya que ésta suele ser negativa en los casos en que la cantidad de gas es insuficiente.

Por el contrario, en aquellos casos en que el hígado se haya basculado a causa del meteorismo intenso o por interposición de un asa meteorizada o del colon transversal, puede darnos una falsa interpretación, ya que en estas circunstancias habrá desaparecido la matidez hepática, sin existir perforación. Dada la inseguridad semiológica de dicha desaparición, es preciso recurrir a la exploración radiográfica y radioscópica en busca del Neumoperitoneo.

La visualización del Neumoperitoneo tiene su máximo valor cuando se trata de un enfermo que sufre su primera perforación tífica; pero no así cuando la sintomatología hace sospechar una perforación iterativa y mucho menos cuando el presunto accidente ha tenido lugar a las pocas horas de la primera perforación, ya que la

presencia de un remanente de gas en la cavidad puede darnos como falsamente positivo el segundo examen radiológico. ⁽¹²⁾

SIGNOS ACCESORIOS FUNCIONALES.

Los más llamativos son la supresión brusca de la diarrea habitual y la falta de expulsión de gases y materias fecales. Como consecuencia de la reacción peritoneal, también es frecuente hallar disuria y tenesmo vesical. ⁽²⁶⁾ Por lo que hace referencia a los vómitos iniciales, según nuestra experiencia son relativamente frecuentes ⁽¹³⁾. La respiración se hace superficial y taquipnea de tipo costal superior. El timpanismo abdominal suele ser precoz e intenso en su aparición. El tacto rectal revela dolor localizado a nivel del fondo de saco de Douglas, que se percibe prominente cuando la cantidad de líquido peritoneal alcanza cierto volumen. ⁽¹⁵⁾

2.10. DIAGNÓSTICO

Se encuentran presentes en el diagnóstico algunos pilares fundamentales, al ser de naturaleza emergente la patología; la clínica nos encaminara al manejo en un primer escenario. En cuanto a la alteración hematológica consecutiva a la perforación, lo siguiente: Si ésta sobreviene en una tifoidea larvada o ambulatoria, la alteración es brusca, con leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia.

Dadas las diversas manifestaciones clínicas, la confirmación del diagnóstico requiere Métodos microbiológicos que permitan el aislamiento e identificación del microorganismo, así como pruebas serológicas que permitan la tipificación de los mismos o el reconocimiento de anticuerpos específicos en el suero de los pacientes. Hemocultivo: se utilizan medios selectivos.

Son el procedimiento de elección para el diagnóstico de la fiebre tifoidea, de la bacteriemia y de algunas formas extraintestinales. En la fiebre tifoidea son especialmente útiles durante la primera semana. Mielocultivo: el cultivo del aspirado

de médula ósea se considera como el mejor método para el aislamiento de Salmonella en fiebre tifoidea y paratifoidea. ⁽¹⁰⁾

Aunque el procedimiento produce molestia transitoria, en general es bien tolerado y los cultivos son rápidamente positivos. Debe ser practicado por personal con experiencia.

Coprocultivo: es el método indicado para el diagnóstico de la gastroenteritis. En la fiebre tifoidea puede ser positivo desde el comienzo de la infección, aunque su máxima positividad, en pacientes no tratados se observa hacia la 3^o semana. Es particularmente útil para el control post-tratamiento de los pacientes y para detectar los portadores crónicos.

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

Reacción de seroaglutinación (Widal): es de poco valor como prueba diagnóstica. En la infección no tratada sólo cerca de 50% de los pacientes pueden tener un aumento significativo de las aglutininas contra el antígeno "O". Las aglutininas H no tienen valor diagnóstico, aunque puedan observarse títulos elevados de ellas.

A no ser que se tenga la certeza del antecedente patológico de presencia de Fiebre tifoidea en el paciente será necesaria la investigación postquirúrgica mediante Biopsia de tejido extraído durante el procedimiento y del contenido peritoneal.

2.11. TRATAMIENTO

La clave del tratamiento de la peritonitis es la prevención. Es posible evitar el comienzo de una peritonitis aguda realizando una cirugía a tiempo y en forma depurada. La mortalidad por peritonitis varía considerablemente según la etiología. Así podemos afirmar que las peritonitis que tienen la mortalidad más alta son las postoperatorias o postquirúrgicas que implican que el paciente ya había sido operado

anteriormente y presenta una complicación o que no ha sido resuelto el foco séptico que le dio lugar. ^(18, 25)

La mortalidad en este tipo de peritonitis llega en algunos casos hasta el 50 a 60% siendo el shock séptico la causa de muerte más frecuente. ⁽²¹⁾ Las peritonitis colónicas le siguen en altas tasas de incidencia de mortalidad ⁽²⁷⁾ (20% en algunas series), explicables por el tipo de gérmenes que conlleva ⁽²²⁾. Sin embargo, la peritonitis por apendicitis aguda perforada ha disminuido por efecto de la técnica quirúrgica más depurada que se aplica y medidas de sostén. Las peritonitis por perforaciones duodenales también presentan una incidencia algo alta de mortalidad (10%) por la gravedad de las lesiones que conllevan generalmente ⁽²¹⁾. Otros tipos de peritonitis que presentan altas tasas de mortalidad son las peritonitis biliares cuyo factor principal es que se dan en pacientes de muy avanzada en edad.

El tratamiento quirúrgico es el único que, practicado según las condiciones antes indicadas, tiene probabilidad de éxito. ⁽⁵⁾ Varios procedimientos técnicos se han aconsejado para el tratamiento quirúrgico de la perforación. Por ser el más rápido y, por consiguiente, economizador de la capacidad de resistencia del enfermo, citaremos en primer lugar la:

- **Simple sutura de la perforación.** - Es el procedimiento más rápido. Intenta reparar la solución de continuidad del modo más parecido a la curación espontánea por el organismo. No obstante, como el intestino del tifódico presenta una pared alterada y edematosa, la zona que rodea la perforación es friable y fácilmente puede ser desgarrada por los puntos oclusivos, fallando la sutura y sobre viniendo la peritonitis.

La sutura simple puede ser practicada en dos planos o en uno solo.

Cuando el orificio es puntiforme, la sutura en bolsa de tabaco es la que cierra con más eficacia la perforación. Si por su tamaño no es factible este tipo de sutura, lo más aconsejable es efectuarla con puntos sueltos en sentido

perpendicular al eje del intestino, para evitar la estenosis de la luz intestinal y, por lo tanto, la posibilidad de ulteriores oclusiones.

Al objeto de prevenir los fallos de sutura se han propuesto varias maniobras: Lenormand Y Laurence recomiendan adosar la sutura al peritoneo parietal. Monty, Legueu, Berhendy Y Branco Rlveiro, recubrir la sutura con epiplón, y Roux Y Quenu la recubren con una porción del mesenterio vecino. ⁽⁷⁾

- **Enterostomía en el punto perforado.** - Consiste este procedimiento operatorio en establecer la comunicación hacia el exterior aprovechando para ello el propio orificio de la perforación, o el más alto si hay varios, a través del cual se pasa una sonda de Nélaton.

El asa intestinal se sutura al peritoneo parietal, y la sonda, fijada en bolsa de tabaco, sale al exterior por la incisión en la fosa iliaca derecha.

Tiene sobre la simple sutura de la perforación la ventaja de prevenir el fallo de sutura en algún punto; pero, en cambio, tiene el inconveniente de que deja una fístula que exige para su cierre una segunda intervención.

- **Exteriorización.** - Es útil cuando en un corto segmento intestinal coexisten una o varias soluciones de continuidad y otras ulceraciones que hagan temer la aparición de nuevas perforaciones. El asa intestinal se exterioriza y se fija con una corona de puntos a la periferia de la incisión operatoria.
- **Drenaje simple.**- Es un recurso de excepción que sólo se debe llevar a cabo cuando, por las condiciones del enfermo, no es posible hacer otra cosa. Los resultados son desalentadores.

- **Tratamiento quirúrgico preventivo de la perforación.** - Los procedimientos quirúrgicos que han intentado prevenir la perforación desde el primer momento, tales como la exteriorización del asa, la colostomía, la colecistostomía, etc., no han logrado generalizarse.

Las úlceras tíficas sólo requieren tratamiento quirúrgico en caso de perforación de las mismas (KLEINSCHNIDT y HOHLBAUM) ⁽⁷⁾. En cambio, cuando actuamos sobre un intestino ya perforado sí podemos, mediante la sutura de las placas de Peyer o formaciones linfoides sospechosas de perforación, hacer un verdadero trabajo quirúrgico preventivo de la perforación.

2.12. PRONÓSTICO

El pronóstico de la perforación intestinal es extremadamente grave, cuanto más tarde se produce la perforación tanto más favorable suele ser el pronóstico en cuanto a la curación operatoria.⁽⁷⁾ Con la intervención quirúrgica precoz, que evita la instauración de la peritonitis supurada y permite al mismo tiempo evitar la aparición de nuevas perforaciones al suturar las placas de Peyer en inminente estado de perforación, el funesto pronóstico que tenía hasta hace pocos años ha disminuido considerablemente.

La introducción de las sulfamidas y, sobre todo, de la penicilina, como medios preventivos de la infección secundaria, y últimamente el empleo de la cloromicetina como tratamiento de fondo de la tifoidea, han contribuido también a mejorar el porvenir de estos enfermos.

La mejoría del pronóstico está condicionada por los siguientes factores:

- 1. Diagnóstico precoz.**
- 2. Operación precoz y con mínimo traumatismo.**

- 3. Lucha contra la infección secundaria (penicilina y sulfamidas).**
- 4. Empleo de la cloromicetina.**
- 5. Evitar el colapso vascular periférico**

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar puntos críticos durante la atención del paciente con Peritonitis Aguda Generalizada secundaria a Salmonelosis complicada

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir factores de riesgo en atención primaria, de casos sospechosos de Salmonelosis.
- Identificar oportunidad en el manejo del paciente con Salmonelosis complicada
- Evaluar las oportunidades en el manejo del paciente con Peritonitis Aguda Generalizada posterior a Salmonelosis complicada.
- Evaluar el cumplimiento de Criterios de derivación a nivel de mayor complejidad.

IV. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

El presente caso clínico, se realizó mediante el apoyo de múltiples fuentes de información y el análisis detallado de:

- Historia Clínica completa del paciente en la cual se obtuvo la mayor parte de los datos del caso clínico, desde su ingreso al Hospital, el tiempo de estancia hospitalaria, servicios hospitalarios, manejos clínicos, medicamentos suministrados, exámenes de laboratorio, de imagen, características de la atención, identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora de su enfermedad.

- Información directa la cual se realizó mediante de la aplicación de entrevista con familiares del paciente, quienes estaban a cargo del paciente en la estancia hospitalaria y posterior entrevista directa con la paciente.

- La información científica fue obtenida de artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica de diversas fuentes bibliográficas, para ofrecer al lector una idea clara sobre el manejo inicial de los pacientes que presenten este tipo de patología y las complicaciones basadas en la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.

4.1. HISTORIA CLÍNICA

4.1.1. ANAMNESIS

Fecha de ingreso a emergencia: 30 de noviembre del 2015

Paciente femenina de 24 años de edad nacida en Quero residente en la ciudad del Puyo, provincia Pastaza, mestiza, soltera, ocupación quehaceres domésticos, instrucción primaria, tipo de sanguíneo ORH +.

4.1.2. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Episodios diarreicos a repetición desde hace varios años (Fiebre tifoidea)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Línea paterna: Ninguna.

Línea materna: Ninguna.

HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA:

- **Alimentación:** 5 a 3 v/d, dieta hiperproteica, hipercalorica.
- **Micción:** 3 - 4 v/d
- **Defecación:** 4 v/a la semana
- **Sueño:** 6 h/d
- **Alcohol:** no consume.
- **Tabaquismo:** no consume.
- **Alergias:** No refiere

4.1.3. MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal

4.1.4. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente es traída al Servicio de Emergencia por familiares quienes refieren que hace aproximadamente 2 meses y sin causa aparente paciente presenta cuadro de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de moderada intensidad acompañada de náusea que llega al vómito postprandial inmediato por 3 ocasiones diarias en poca cantidad por lo que acude a facultativo quien administra analgésico parenteral (no recuerdan nombre), además de Hioscina N – Butilbromuro (Buscapina) 1 tableta cada 8 horas por 2 días .

Refieren que hace aproximadamente 1 mes el dolor se intensifica y tiene irradiación a hipocondrio derecho sumándose deposiciones diarreicas líquidas, fétidas, amarillentas por 5 ocasiones diarias en moderada cantidad; además se presenta alza térmica no cuantificada acompañada de diaforesis, hace aproximadamente 2 semanas acuden a médico naturista quien administra medicina natural, curso del cuadro aumenta hace aproximadamente 1 semana el dolor en epigastrio se intensifica y se acompaña de dificultad en el deambulaci3n por lo que familiares deciden acudir a medico particular, quien solicita exámenes complementarios, prescribe manejo analgésico, no mejora; es traída con deterioro del estado general a esta casa de salud .

Fuente de informaci3n: Familiar (cuñado)

4.1.5. REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Paciente que ha ido disminuyendo de peso se desconoce el tiempo y la cantidad.

4.1.5.1. APARATO RESPIRATORIO

Sin Patología Aparente

4.1.5.2. APARATO CIRCULATORIO

Sin Patología Aparente

4.1.5.3. APARATO DIGESTIVO

Referido en la enfermedad actual

Deposiciones diarreicas de 1 mes de evolución

4.1.5.4. APARATO GENITO-URINARIO

Se evidencia secreción vaginal en moderada cantidad blanquecina

4.1.5.5. SISTEMA ENDOCRINO

Sin Patología Aparente

4.1.5.6. SISTEMA NERVIOSO

Sin Patología Aparente

4.1.5.7. APARATO LOCOMOTOR

Disminución en la fuerza y movilidad de las extremidades inferiores, desde hace 2 semanas.

4.1.6. EXAMEN FÍSICO

Signos vitales de ingreso: **Tensión Arterial:** 84/42 mmHg, **Frecuencia cardiaca:** 124 latidos por minuto, **frecuencia respiratoria:** 22 respiraciones por minuto, **Temperatura:** 37,5°C Peso: 42 Kg Talla: 1.42.

INSPECCIÓN GENERAL:

Paciente caquética, febril, álgida, deshidratado, taquipneica.

Piel y faneras. - Palidez marcada.

Cabeza: Normocefálica, cabello de implantación normal, Mucosas orales secas

Ojos: Conjuntivas pálidas, Isocoria, normo reactividad.

Nariz: No se evidencia secreción fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales secas.

Orofaringe: No eritematosa, no hipertrofia de amígdalas, no pústulas no placas.

Cuello: No se evidencian adenopatías, no rígido.

Tórax: Expansibilidad conservada.

Corazón: Ruidos cardiacos normofonéticos taquicardico no soplos

Pulmones: Se ausculta crepitantes difusos a nivel de bases pulmonares

Abdomen: Se observa coloración marmórea, a la palpación duro, no depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación, signos de irritación peritoneal, puntos apendiculares presentes, no se evidencias visceromegalia, RHA (disminuidos)

Columna: Puño percusión bilateral negativa

Región Inguino Genital: Genitales femeninos normales, Se evidencia secreción vaginal en moderada cantidad blanquecina

Extremidades: inferiores. - Sarcopénicas, Con presencia de Edema +++/+++ en tercio distal bilateral.

Examen Elemental Neurológico: Paciente somnoliento, Glasgow 12/15, pares craneales sin alteración. Balance motor 4/5 en 4 extremidades, ROTS: conservados, Flexor plantar conservado. No signos meníngeos. Sensibilidad conservada.

4.1.7. EXÁMENES DE LABORATORIO

TABLA 1 BIOMETRÍA HEMÁTICA (INGRESO)

Biometría Hemática (Ingreso)			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	6,51	x 10 ³ /ul	4-10
Recuento de glóbulos rojos	1,61	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	5,6	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	17	%	40-54
Volumen corp. Medio	105,6	Fl	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media	34,8	Pg	27-34
Concentrado HB Corp. Media	32,9	g/dl	32-36
Recuento Plaquetas	307	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	68,3	%	83.3
Linfocitos %	25,8	%	20-40
Monocitos %	4,9	%	3-12
Eosinófilos %	0,5	%	0.5-5
TP	Indeterminado	S	11-13
TTP	Indeterminado	S	25-35
Grupo Sanguíneo	ORH+		

TABLA 2 QUÍMICA SANGUÍNEA (INGRESO)

Química Sanguínea (Ingreso)			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Glucosa	54	mg/dl	70-100
Sodio (Na)	138	mEq/L	135-145
Potasio (K)	3,5	mEq/L	3.5-5
Cloro	109	mEq/L	96 – 110
Urea en suero	22,4	mg/dl	10-40
Creatinina	0,51	mg/dl	0.6-1.3
TGO	7	U/L	<40
TGP	11,2	U/L	<40
Lipasa	44,42	U/L	<60
Albumina	1,4	Mg/dl	
Proteínas Totales	4,67	g/dl	
Fosfatasa alcalina	144,5	U/L	38-126
Bilirrubina total	0,44	mg/dl	0.10-1.2
Bilirrubina directa	0,29	Mg/dl	< 0,30
PCR	95	Mg/l	< 8

TABLA 3 GASOMETRÍA ARTERIAL (INGRESO)

Gasometría Arterial	
	Valores del paciente
Ph	7,5
Pco2	31,0
pO2	175,1
Saturación	98%
HCO3	24.7
EB	1,4

TABLA 4 EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA (INGRESO)

Examen Elemental de Orina	
	Valores del paciente
Color	Ámbar
Aspecto	Ligeramente turbio
Densidad	1010
PH	6
Proteínas	30 mg/dl
Hemoglobina	-
Leucocitos	-
Células epiteliales	+
Piocytes	6-8 xc
Hematías	0-2 xc
Bacterias	++
Moco	+
Cuerpos cetónicos	++
Bilirrubinas	+
Urobilinogeno	+++
Cilindros amorfos	+

EXÁMENES DE LABORATORIO PREVIO AL INGRESO

TABLA 5 BIOMETRÍA HEMÁTICA (PREVIO AL INGRESO)

Biometría Hemática			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	7000	x 10 ³ /ul	5-10
Recuento de glóbulos rojos	1,99	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	5,4	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	16,3	%	40-54
Volumen corp. Medio	98,3	Fl	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media	28,9	Pg	27-34
Recuento Plaquetas	338	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	63,4	%	40 -70
Linfocitos %	27,8	%	20-40
Monocitos %	6,8	%	3-12
Eosinófilos %	0,1	%	0.5-5

TABLA 6 QUIMICA SANGUINEA (PREVIO AL INGRESO)

Química Sanguínea			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Glucosa	76,8	mg/dl	70-100
Urea en suero	30,18	mg/dl	10-40
Creatinina	0,66	mg/dl	0.6-1.3
TGO	10,4	U/L	<40
TGP	11,2	U/L	<40
Colesterol total	81,66	mg/dL	0 -200
Albumina	2,4	Mg/dl	
Proteínas Totales	5,52	g/dl	
Bilirrubina total	0,99	mg/dl	0.10-1.2
Bilirrubina directa	0,22	Mg/dl	< 0,30

TABLA 7 BIOMETRÍA HEMÁTICA (04/12/16)

Biometría Hemática			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	6,01	x 10 ³ /ul	4-10
Recuento de glóbulos rojos	4,34	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	12,7	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	40,6	%	40-54
Volumen corp. Medio	93,6	Fl	80-100
Hgb Corpuscular Media	29,3	Pg	27-34
Concentrado HB Corp. Media	31,3	g/dl	32-36
Recuento Plaquetas	307	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	85,8	%	83.3
Linfocitos %	12,0	%	20-40
Monocitos %	1,5	%	3-12
Eosinófilos %	0,7	%	0.5-5
TP	13	S	11-13
TTP	38	S	25-35
INR	1		

TABLA 8 QUÍMICA SANGUÍNEA - SEROLOGÍA (04/12/16)

Química Sanguínea – Serología			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Colesterol total	56	mg/dL	0 -200
HDL Colesterol	16	Mg/dl	35 – 60
LDL Colesterol	14,2	Mg/dl	5 – 150
Triglicéridos	114	Mg/dl	0 – 150
Proteínas Totales	4,6	g/dl	
Albumina	1,8	Mg/dl	
Amilasa	33,1	U/l	25 – 115
Lipasa	32,17	U/l	70 – 383
Sodio	2,9	mmol	3.1 – 5,1

Potasio	149	mmol	133 – 145
----------------	-----	------	-----------

TABLA 9 BIOMETRIA HEMATICA (05/12/16)

Biometría Hemática			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	12,97	x 10 ³ /ul	4-10
Recuento de glóbulos rojos	3,85	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	11,8	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	35,6	%	40-54
Volumen corp. Medio	92,4	Fl	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media	30,6	Pg	27-34
Concentrado HB Corp. Media	33,1	g/dl	32-36
Recuento Plaquetas	99	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	90,7	%	83.3
Linfocitos %	6,8	%	20-40
Monocitos %	1,9	%	3-12
Eosinófilos %	0,6	%	0.5-5
TP	14	S	11-13
TTP	40	S	25-35
INR	1.1		

TABLA 10 QUIMICA SANGUINEA - SEROLOGIA (05/12/16)

Química Sanguínea			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Glucosa	304	mg/dl	70-100
Urea en suero	31.0	mg/dl	10-40
Creatinina	0,40	mg/dl	0.6-1.3
TGO	15	U/L	<40
TGP	10,8	U/L	<40
Fosfatasa alcalina	180,1	U/L	38-126
Bilirrubina total	1,86	mg/dl	0.10-1.2
Bilirrubina directa	1,29	Mg/dl	< 0,30

TABLA 11 BIOMETRIA HEMATICA (12/12/16)

Biometría Hemática			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	6,61	x 10 ³ /ul	4-10
Recuento de glóbulos rojos	82,6	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	12,1	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	26,3	%	40-54
Volumen corp. Medio	91,8	Fl	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media	30	Pg	27-34
Concentrado HB Corp. Media	32,6	g/dl	32-36
Recuento Plaquetas	364	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	82,6	%	83.3
Linfocitos %	12,1	%	20-40
Monocitos %	3,9	%	3-12
Eosinófilos %	1,1	%	0.5-5
TP	13	S	11-13
TTP	39	S	25-35
INR	1		

TABLA 12 QUIMICA SANGUINEA - SEROLOGIA (12/12/16)

Química Sanguínea			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Glucosa	103	mg/dl	70-100
Urea en suero	28,6	mg/dl	10-40
Creatinina	0,46	mg/dl	0.6-1.3
TGO	124	U/L	<40
TGP	241	U/L	<40
Bilirrubina total	1,40	mg/dl	0.10-1.2
Bilirrubina directa	1,11	Mg/dl	< 0,30

TABLA 13 BIOMETRIA HEMATICA (15/12/16)

Biometría Hemática			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Recuento Leucocitario	6,04	x 10 ³ /ul	4-10
Recuento de glóbulos rojos	71,3	x 10 ¹² /L	3.5-5.5
Hemoglobina	9,5	g/dl	12.0-16.0
Hematocrito	28	%	40-54
Volumen corp. Medio	95,6	Fl	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media	31,7	Pg	27-34
Concentrado HB Corp. Media	33,2	g/dl	32-36
Recuento Plaquetas	361	x 10 ³	150-450
Neutrófilos %	71,3	%	83.3
Linfocitos %	25,1	%	20-40
Monocitos %	2,6	%	3-12
Eosinófilos %	0,8	%	0.5-5

TABLA 14 QUIMICA SANGUINEA (15/12/16)

Química Sanguínea			
	Valores del paciente		Valores de referencia
Glucosa	83	mg/dl	70-100
Urea en suero	23,9	mg/dl	10-40
Creatinina	0,37	mg/dl	0.6-1.3
Albumina	2,82	Mg/dl	
Proteínas totales	6,2	Mg/dl	
Globulina en suero	3,4	g/dl	

TABLA 15 MICROBIOLOGIA (10/12/16)

MICROBIOLOGIA	
Hemocultivo Muestra 1	No hubo crecimiento Bacteriano en 10 días
Hemocultivo Muestra 2	Sangre Vía venosa central: No hubo crecimiento bacteriano en 10 días
Informe anatomopatológico (Microscopia) (13/01/2016)	Se recibe fragmentos de tejido irregular de consistencia blanda de color gris entre 0,2 – 0,3 cm se halla Proceso Inflamatorio Crónico Activo, Presencia de Salmonella Typhi.

V. DESARROLLO

5.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente femenina de 24 años de edad nacida en Quero residente en la ciudad del Puyo, provincia Pastaza, mestiza, soltera, ocupación quehaceres domésticos, instrucción primaria, fecha de nacimiento 28 de febrero del 1991, católico, mestiza, grupo sanguíneo ORH+.

Antecedentes patológicos personales: Episodios diarreicos a repetición desde hace varios años (Refiere Fiebre tifoidea)

No refiere antecedentes familiares, es traída al servicio de emergencia, acompañada de familiares (cuñado) quien brinda información y refiere hace aproximadamente 2 meses y sin causa aparente paciente presenta cuadro de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de moderada intensidad acompañada de náusea que llega al vómito postprandial inmediato por 3 ocasiones diarias en poca cantidad por lo que acude a facultativo quien administra analgésico parenteral (no recuerdan nombre), además de Hioscina N- Butilbromuro (Buscapina) 1 tableta cada 8 horas por 2 días.

Refieren que hace aproximadamente 1 mes el dolor se intensifica y tiene irradiación a hipocondrio derecho sumándose deposiciones diarreicas líquidas, fétidas, amarillentas por 5 ocasiones diarias en moderada cantidad; además se presenta alza térmica no cuantificada acompañada de diaforesis, hace aproximadamente 2 semanas acuden a médico naturista quien administra medicina natural para “Limpieza de útero y desinflamar”, curso del cuadro aumenta hace aproximadamente 1 semana el dolor en epigastrio se intensifica y se acompaña de dificultad en el deambulaci3n por lo

que familiares deciden acudir a medico particular, quien solicita exámenes complementarios y Ecografía abdominal; con los siguientes resultados :

(**28/11/2015**: Leucocitos 7000, Neutrófilos: 63,4% Hgb: 3,4 mg/dl, Hcto 16,3%, Plaquetas: 338000, Hepatitis B: Negativo, VDRL: No reactivo, HIV: No reactivo, Glucosa Basal: 76,8 mg/dl, Creatinina: 0,66 mg/dl, Ácido Úrico: 2,3 mg/dl ALT: 11,23 U/L AST: 10,47 U/L, Urea: 30,18 mg/dl, Proteínas totales: 5,52 mg/dl, Albumina 2,41 mg/dl. Coproparasitario: Color: Café, Consistencia Liquida, Hematíes 2-4 Píocitos: 20 – 25 Trofozoitos de Tricomona Hominis ++, Blastocystis Hominis ++, PMN: 60%. **ECO Abdominal**: Reporta Colelitiasis) facultativo que prescribe manejo analgésico, floratil, no mejora; es traída con deterioro del estado general a esta casa de salud.

Al Examen Físico de ingreso:

Tensión Arterial: 84/42 mmHg, Frecuencia cardiaca: 124 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, Temperatura: 37,5°C Peso: 42 Kg Talla: 1.42

Paciente con deterioro del estado general ; en la región abdominal, se observa coloración marmórea, a la palpación duro, no depresible, ruidos hidroaereos presentes, doloroso a la palpación, signos de irritación peritoneal, puntos apendiculares presentes, no se evidencias visceromegalia, por lo que desde el Servicio de Emergencia se solicita valoración por Cirugía General quienes solicitan Tomografía de Abdomen la que reporta Hemoperitoneo + Colección intraabdominal por lo que deciden pasar parte operatorio para realiza laparotomía exploratoria por diagnóstico de Abdomen Agudo inflamatorio + Perforación de Viscera Hueca, se inicia manejo antibiótico en primera instancia con Ampicilina más Sulbactam 1,5 gramos intravenoso cada 6 horas , Hidratación Lactato de Ringer (100 mililitros endovenoso cada hora) + Omeprazol (40 mg endovenoso en cada 8 horas) + Tramadol (50 miligramos endovenoso cada 8 horas), se procede a colocar sonda

nasogástrica a caída libre, colocación de sondaje vesical y además se alistan 4 paquetes globulares y 4 paquetes de plasma fresco congelado

Los resultados de laboratorio de ingreso con biometría hemática: leucocitos 6,510 neutrófilos: 68.3%, hemoglobina: 5.6 g/dl, hematocrito: 17%. Plaquetas: 307000, tiempos de coagulación: TP y TTP: Indeterminados. Química: glucosa: 54 mg/dl, TGO: 72 U/L, TGP: 11.2U/L, Creatinina: 0.30 mg/dl. Urea: 22,4 mg/dl, Bilirrubina total: 0,44 mg/dl, fosfatasa alcalina: 144,5, Lipasa 44,2, EMO Color ámbar, ligeramente turbio, densidad 1010, pH 6, Proteínas: 30 mg/dl, cuerpos cetónicos ++, Bilirrubinas +, Urobilinogeno +++. Microscópico: Píocitos: 6- 8 xc por campo, hematíes 0-2 por campo, sangre/hemoglobina: +/+++ , células epiteliales 1-xc, bacterias ++, cilindros amorfos + Gasometría arterial: Ph 7,5, Pco2 31,0 pO2 175,1 Saturación: 98. %, HCO3 24,7, EB: 1.4.

TAC abdomen: Hemoperitoneo + Colección intraabdominal.

Ingres a quirófano (30/11/2015) a las 16:10:

Donde se realiza Laparotomía Exploratoria + Adhesiolisis + Drenaje de colección intraabdominal + Rafia Primaria de Perforaciones del Colon + Toma de Biopsia Peritoneal + Lavado de Cavidad; bajo anestesia general, la cirugía termina a las 18:10 con diagnóstico postquirúrgico de Perforación de Viscera Hueca, Peritonitis aguda generalizada, Abdomen Congelado, Colección Intraabdominal.

Donde se realizaron los hallazgos de: Líquido purulento coleccionado en pelvis 500 mililitros y peri hepático 700 mililitros, Líquido intestinal libre en cavidad hacia Dowglas 500 mililitros, Líquido purulento que filtra desde Retroperitoneo, Retroperitoneo fibrotico, Adherencias visceroviscerales y visceroparietales Zhulle IV, Perforación de Colon Transverso de 1,5 cm de diámetro con bordes fibroticos, Perforación de Colon Descendente de 1,5 cm de diámetro con bordes fibroticos, Peritoneo Acartonado engrosado necrótico en pelvis e hipocondrio derecho, Hígado

nodular hipovascularizado, la paciente realiza Paro cardiorespiratorio durante el procedimiento quirúrgico el cual es revertido con maniobras de resucitación.

Ingresa al servicio de cuidados intensivos (30/11/2015)

Al ingreso Al Servicio de Terapia Intensiva paciente con importante taquicardia 168 lpm, bajo efectos de sedación, somnolienta, entubada, con Escala de coma de Glasgow 10/15 (O:4 V:1 TM:5) afebril, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación, no focalidad motora, no signos meníngeos, se inició ventilación con modo controlado por volumen, con FC: 160lpm, TA: 115/68 mmHg TAM: 83, T^a 34,7°C, FR: 22 rpm, Sat O₂: 96% Glicemia capilar: 71 por lo que se prescribe y administra Bolo endovenoso de 200 mililitros de Dextrosa al 10% en agua. Tórax: Expansion conservada, no ruidos añadidos. Corazón: Rítmico y taquicárdico. Abdomen Tenso, ligeramente distendido, poco depresible, doloroso a la palpación en sitio quirúrgico, con presencia de apósito limpio y seco, Región inguinal: con sonda vesical permeable, se evidencia secreción vaginal blanquecina en moderada cantidad, extremidades inferiores edema +++/+++.

Ingreso bajo órdenes de Cirugía General. Pronóstico: Reservado.

SCORES PRONÓSTICO Y SEVERIDAD:

APACHE II: 16 (Mortalidad 23,5%)

SAPS II: 28 (Mortalidad 8,8%)

SOFA SCORE: 2 (Neurológico 2, Renal 0, Respiratorio 0, Hepático 0)

Indicaciones de ingreso:

Paciente con Monitoreo continuo de signos vitales, electrocardiograma, Control de Ingesta /Excreta, Diuresis horaria, Posición semifowler 45°, Vigilancia neurológica, escala de Glasgow y diámetro pupilar cada hora, Glicemia al ingreso y cada 6 horas,

Cuidado de vías y abordaje, Mantener normotermia con medios físicos, Cuidado de piel y puntos de presión, Cuidado y curación de herida quirúrgica por parte de cirugía, NUTRICION: Nada por vía oral, Sonda orogastrica a caída libre. VENTILACION: Ventilación modo controlado por volumen: MODO; P-CMV: FR 18, P. SOPORTE: 12, DISPARO: 1,0, PEEP: 5, FiO2: 40%; Aspiración delicada de secreciones orales por razones necesarias.

HIDRATACIÓN E INFUSION: Solución Salina 0,9% pasar 1000 mililitros endovenoso en este momento, Dextrosa al 5% en agua 1000 mililitros endovenoso + 20 miliequivalentes de cloruro de potasio + 68,4 miliequivalentes de cloruro de sodio pasar a 100 mililitros hora, Fentanilo 1000 microgramos + solución salina 80 mililitros pasar endovenoso a 8 mililitros hora, Administrar 2 paquetes de plasma fresco congelado al ingreso, Transfundir 2 paquetes globulares al ingreso.

MEDICACIÓN: Meropenem 1 gramo endovenoso cada 8 horas (0) Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 12 horas, Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo diario (SUSPENDER POR TIEMPOS DE COAGULACION PROLONGADOS), Paracetamol 500 miligramos endovenoso si la temperatura > 38°C.

INFORMACIÓN DE EVOLUCIÓN DIARIA TOMADA DE LAS BITÁCORAS DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL PUYO

(01/12/2015)

Paciente que se mantiene con analgesia a base de Fentanilo en infusión, Glasgow 11, Isocoria, normorreactivas a la luz y acomodación, no focalidad motora, no signos meníngeos, se encuentra con soporte de Noradrenalina a dosis de 0,23 ug/kg/min, con ellos TAM 95/60 mmHg, FC 108lpm, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, Hemoglobina: 12,4 g/dl, Hematocrito 37,7% plaquetas 100000, TP y TTP

Indefinido, llenado capilar 3 segundos, se transfundieron 5 paquetes globulares, 4 paquetes de plasma fresco congelado por tiempos prolongados.

Se encuentra en monitoreo continuo, manejando vasoactivo, Hemoderivados según requerimiento. Se halló con diuresis inadecuada, colúrica a través de sonda vesical, se administra diurético presentando gasto urinario de 1.2 cc/kg/h, Balance hídrico +3, Clearance de creatinina 159,77 ml/min.

Se realizó radiografía de tórax, portátil; se evidencia infiltrado parahiliar de predominio en campo pulmonar izquierdo. Se evidencia en sonda orogastrica liquido bilioso 30 mililitros, el abdomen a la palpación se encuentra tenso, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en sitio quirúrgico, herida cubierta con apósitos limpios y secos, realiza alzas térmicas oscilando entre 37,8 a 38, 5° C, control de Leucocitos 14,130, Neutrófilos 81,1%, a pesar de la cobertura antibiótica. Según la evolución se considerará la necesidad de Re intervención quirúrgica, además se toma Hemocultivo para estudio.

Condición: Critica - Pronostico: Reservado

(01/12/2015) EVOLUCIÓN NOCTURNA

Paciente que se encuentra en regular estado general, se programa nueva laparotomía exploratoria ingresando a quirófano a las 17h40 pm para realizar Revisión de cavidad por Diagnostico de Abdomen congelado, se realiza Relaparotomía exploratoria + Confección de Ileostomía con los siguientes hallazgos: Liquido seropurulento coleccionado en espacio peri hepático 500 mililitros, Liquido Intestinal libre en cavidad de 200 mililitros, Retroperitoneo Fibrotico, Adherencias visceroviscerales y visceroparietales Zhulle IV, Rafia de Colon Descendente dehiscente, Peritoneo acartonado engrosado necrótico en pelvis e hipocondrio derecho, Hígado nodular hipovascularizado, Filtración de líquido intestinal desde espacio Peri esplénico, Filtración de líquido purulento desde Retroperitoneo, por lo que se procede a realizar

nueva rafia de colon izquierdo y reforzamiento de la rafia anterior en colon transversal, identificación de asas intestinales congeladas, liberación de adherencias de Íleon terminal, Sección de Íleon Terminal a 10 cm de la Válvula Ileocecal, Desfuncionalización de cabo distal de Íleon terminal, Confección de Ileostomía tipo Hartman, Colocación de drenajes Tipo Jackson Pratt a nivel de la Región Hepática y a nivel de la corredera parietocolica izquierda, con diagnóstico postquirúrgico de Sepsis de origen Abdominal. Reingresa al Servicio de Terapia Intensiva.

(02/12/2015)

Paciente en su segundo día de hospitalización en el Área de terapia Intensiva y primer día postquirúrgico de Relaparotomía exploratoria, presento taquipnea y taquicardia además de aleteo nasal, sin desaturación; no se acopla a modo ventilatorio, con una compliance < 20 ml/cm H₂O que se relaciona con incremento de infiltrado en campo pulmonar izquierdo, por lo que se inicia sedación y se cambió a modo ventilatorio mecánico controlado por presión por PEEP.

Se observa sonda orogastrica con líquido bilioso en poca cantidad, además se evidencia en drenajes de Jackson Pratt: Derecho: eliminación de secreción serohemática 190 ml, e Izquierdo: secreción serohemática 133 ml. Se encuentra con Glasgow de 11, con analgesia a base de Fentanilo en infusión. Continúa con soporte de noradrenalina 0.23 ug/kg/min. Se inicia Nutrición parenteral total al 50% de las necesidades. Relación 109:1. Con un volumen total de 1250 ml.

Se mantiene con gasto urinario de 1,7 cc/kg/h, Balance hídrico +2,9 l Acumulado: 6,7 l. Se añade al esquema antibiótico: Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 8 horas (0)

SOFA: 8 (cardiovascular 4, plaquetas 1, neurológico 1 renal 0, respiratorio 2, Hepático 0)

(0312/2015)

Paciente que se mantiene en el Área de terapia Intensiva con manejo de vasoactivo, con ventilación mecánica controlada por presión, con saturación > 95% acoplada. Se ausculta en pulmones Murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar izquierdo, estertores crepitantes en base pulmonar izquierda.

Radiografía de tórax muestra: Condensación en campo pulmonar derecho, infiltrado basal derecho disminuido, punta de catéter venoso central en cava superior, en manejo antibiótico con Meropenem (2) Ciprofloxacino (1) por sospecha de proceso infeccioso pulmonar.

Al examen físico en región genital se evidencio secreción amarillenta y sangrado vaginal escaso relacionado con ciclo menstrual, es valorada por Ginecología quienes descartan patología ginecológica.

(04/09/2015)

En su cuarto día de hospitalización en Terapia intensiva se realiza Ecografía abdominal donde se encuentra, presencia de líquido denso en Hemiabdomen izquierdo de aproximadamente 400 mililitros, Hígado parénquima homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio, Vesícula de paredes delgadas con Múltiples cálculos en su interior. Riñones de forma y tamaño normal. Asas intestinales con peristaltismo abolido.

Se decide re intervenir quirúrgicamente, se decide realizar Limpieza quirúrgica + Drenaje de colección intraabdominal + Lavado de Cavidad + Confección de Ileostomía + Maduración de Ileostomía+ Peritoneostomia hallándose: Líquido intestinal libre en cavidad hacia Dowglas 500 mililitros, Adherencias visceroviscerales y visceroparietales Zhulle Tipo IV, Perforación de ciego de 1 cm de

diámetro con bordes fibroticos; por lo que se añade el diagnostico de Peritonitis Fecal. Reingresa a UCI posterior al procedimiento quirúrgico.

(06/12/2015)

Paciente en su sexto día de hospitalización con Diagnostico de: Shock séptico de foco abdominal + Postoperatorio de Peritonitis generalizada por Perforación de víscera hueca + Parada cardiorespiratoria de 10 minutos + Relaparotomía (2) + Confección de Ileostomía por abdomen congelado + Neumonía asociada a ventilación.

Se evidencia al examen físico Funda de Bogotá con presencia de asas en buenas condiciones, con presencia de secreción serosa, drenajes de Jackson Pratt con drenaje seroso en poca cantidad. Ileostomía en buenas condiciones, sin signos de sufrimiento, eritematosa. Se programa nueva Reintervencion quirúrgica para realizar Revisión de cavidad, paciente se encuentra con cobertura antibiótica con Meropenem y Ciprofloxacino. Además de corticoide en infusión (Hidrocortisona 100 miligramos endovenoso cada 8 horas)

Se realiza Limpieza quirúrgica + Cierre de Pared Abdominal + Lavado de cavidad a las 15:30 pm donde se realizan los hallazgos de: Liquido intestinal libre en cavidad aproximadamente 100 mililitros de aspecto achocolatado, Retroperitoneo fibrotico, Zona friable de deserosamiento en asa de intestino delgado de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, Presencia de rafia anterior en ciego en buenas condiciones, presencia de ileostomía en buenas condiciones y funcional. Se realiza reforzamiento de la zona de deserosamiento localizada en asa de intestino delgado con Vicryl 1.0 además de Fijación y anclaje de extremo distal de asa funcional hacia fosa iliaca derecha. Cierre de aponeurosis con Vicryl 1.0 y cierre de piel con grapas quirúrgicas.

Paciente reingresa al Servicio de Terapia intensiva, con efecto de sedo analgesia con apoyo de vasoactivo a 0,05 ug/kg/min.

Se realiza Radiografía de tórax de control donde se evidencia Neumotórax Derecho mayor al 50%, por lo que se decide colocar Tubo torácico N° 24, bajo normas de asepsia y antisepsia.

En la valoración radiográfica posterior se observa expansión pulmonar adecuada, Punta de tubo torácico cerca de vértice, por lo que puede ser necesaria retirar +- 2 cm, pero se decide continuar con destete ventilatorio para posteriormente retirar el tubo torácico definitivamente. Se suspende sedación para progresar en el destete ventilatorio y se cambia parámetros de ventilador mecánico a modo espontaneo.

(08-10/09/2015)

Paciente permanece hospitalizado en servicio de UCI, se decide comenzar con alimentación con dieta líquida estricta por sonda nasogástrica a 60 mililitros hora, se continua con destete ventilatorio alternando con Tubo en T.

Se logra retirar vasoactivo con lo que se mantiene hemodinamicamente estable, al momento con bloqueo en campo pulmonar derecho se mantiene con tubo torácico derecho, con adecuada respuesta neurológica en el contexto del paro cardiorespiratorio, con cobertura antibiótica de amplio espectro, además se mantiene con Nutrición parenteral total.

Al examen físico se aprecia abdomen suave, depresible con fuga de líquido intestinal por ileostomía la que produce Quemadura química en la piel circundante. Por lo que se decide cambiar funda de ileostomía y limpiar herida con Tintura de Benjuí. Además de iniciar tolerancia oral con alimentos ricos en proteína (ENSURE)

Se mantiene en manejo antibiótico con Meropenem (9 día) y se suspende Ciproflaxino al haber cumplido esquema (7/7). Se adhiere al manejo, Rehabilitación física y respiratoria diaria.

(12/12/15)

Paciente que se halla en su 12 día de hospitalización con Diagnóstico de Shock séptico de foco abdominal superado + Postoperatorio de Peritonitis generalizada por Perforación de víscera hueca + Relaparotomía (3) + Confección de Ileostomía por Abdomen Congelado + Neumotórax derecho resuelto + Neumonía asociada a la ventilación en tratamiento + Sepsis abdominal en tratamiento + Quemadura química en piel circundante a Ileostomía.

Se realiza retiro de drenajes de Jackson Pratt debido a escasa producción, al Examen físico se evidencia abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en sitio quirúrgico, ruidos hidroaéreos presentes, Ileostomía con producción de secreción de color verdosa 365ml, piel de Peritoneostomia eritematosa. No realiza alzas térmicas.

Control de Exámenes complementarios:

Leucocitos: 6610, Neutrófilos 82,6, TGP 124 TGP 241 Bilirrubina total 1,40 Bilirrubina directa 1.11, Recibe cobertura antibiótica con Meropenem que se debe cumplir por 14 días. Con resultado de Hemocultivo NEGATIVO.

Paciente con Glasgow 15/15, hemodinamicamente estable, sin vasoactivo, con TAM >70 mmHg FC 75 lpm, ruidos cardiacos rítmicos taquicardicos, no soplos, control de Hemoglobina 8,6, Hematocrito 26,3, Plaquetas 364000, TP 13 TTP 39 INR 1. Se encuentra con diuresis espontanea con gasto urinario de 1,99 ml/kg/h con balance hídrico de 3,3 l.

Paciente que permanece con Tubo torácico con producción de 50 mililitros de líquido serohemático, además permanece 72 horas extubada con buena tolerancia, sin uso de musculatura accesorio.

Rx de tórax: Punta de catéter venoso central en cava superior, pulmón derecho expandido, disminución de condensación en campo pulmonar izquierdo. Por lo que en condición estable se decide su Alta médica por el Servicio de Terapia Intensiva y su pase al Área de Cirugía General.

Paciente permaneció hospitalizada en Terapia intensiva durante 12 días.

(13/12/15) Paciente es trasladada al servicio de cirugía

Paciente permanece hospitalizada en el Servicio de Cirugía por 9 días en tratamiento con Antibioticoterapia (Meropenem 13/14), portadora de Ileostomía funcional en buenas condiciones con presencia de quemadura química en piel de región de fosa iliaca derecha y región inguinal ipsilateral.

En región inguino genital leve edema vulvar. Paciente en buenas condiciones a quien se le retira vía venosa central sin complicaciones. Se realiza reposición parenteral de pérdidas por Ileostomía primero 1:1 mililitros y luego 0,5 ml por cada ml cada 6 horas. Con control de Albumina en 2,82, Proteínas totales 6,27

(18/12/15)

Paciente al momento asintomático con Ileostomía funcional. Por lo que en buenas condiciones se decide el Alta Médica del Servicio de Cirugía general con Educación para el manejo de Ileostomía y controles por consulta externa.

Paciente acude a controles periódicos a la Consulta externa del área de Cirugía General donde se observa buen manejo de Ostomía por parte de paciente, herida quirúrgica cerrada sin signos de inflamación, paciente con bajo peso con un IMC 16 por lo que se adhiere soporte nutricional. Se recepta informe de Biopsia tomada durante el transquirurgico de la Primera laparotomía la que efectivamente se halla positiva para Salmonella Typhi. Requiere vigilancia de Ileostomía mensual.

5.2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Sin duda alguna el manejo integral del paciente tanto en el Área de la Prevención, manejo y el seguimiento son de fundamental importancia para evitar complicaciones que como hemos revisado en la literatura conllevan a consecuencias mortales en un porcentaje de los casos.

En este caso en relación a las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios presentados que la paciente y posterior evolución de la misma la cual fue favorable gracias al accionar oportuno, siendo como se ha mencionado anteriormente, la Perforación Tífica, una entidad clínica que necesita solución emergente y sin duda alguna un reto para los profesionales de la salud.

El reconocimiento y manejo temprano de las complicaciones y mortalidad postoperatorias son aspectos muy importantes para aumentar la tasa de resultados exitosos en los procedimientos quirúrgicos.

Quien decida la atención de manera anárquica sin considerar éstos aspectos probablemente pueda resolver los casos de perforación que este en sus manos resolver.

En cuanto el manejo quirúrgico es con toda seguridad la elección definitiva al encontrarnos frente a una Peritonitis Aguda Generalizada, pero es también importante analizar los aspectos previos al su desarrollo.

La fiebre tifoidea se observa con mayor frecuencia en los países en desarrollo, donde hay rápido crecimiento de la población, aumento de la urbanización, manejo inapropiado de desechos y fuentes de agua potable inadecuadas.

La disminución de los casos o la erradicación de la infección están directamente relacionadas con el saneamiento ambiental y con el adecuado tratamiento del agua, características que como se detalló en la historia clínica actúa como factores de riesgo en este caso en particular, algo que debe ser tomado en cuenta en el manejo en Atención Primaria de Salud

Enfocándonos en los riesgos que conlleva el manejo de la Perforación Tífica hay que identificar los principales factores de morbimortalidad en estos pacientes. Ya que de ello dependerá el éxito del tratamiento. Es también importante identificar las posibles complicaciones postoperatorias y las causas de muerte. Ya que al ser portadores de ostomias como es el caso de nuestra paciente, se presenta afección en su calidad de vida lo que mucha de las veces repercute en aumento de morbilidad.

Al realizar un análisis a la evolución de esta paciente se observa que, a pesar de la gravedad del cuadro, al realizar intervenciones quirúrgicas de forma oportuna, adjunto con Antibioticoterapia de amplio espectro, la vigilancia estricta, la realización de terapias para prevenir complicaciones nosocomiales se logró la mejoría clínica que como profesionales de la salud es nuestro objetivo.

5.3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

5.3.1. AMBIENTALES

Lugar de residencia es un factor de riesgo debido a que el paciente era de comunidad, además con vivienda en condiciones insalubres.

5.3.2. CARÁCTER ÉTNICO

Paciente de creencias en prácticas ancestrales, consumo de medicina natural.

5.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Paciente femenina mestiza procedente de Comunidad, acude con familiares a facultativo donde es valorada y enviada con manejo analgésico a domicilio, cuadro no cede por lo que acude a médico naturista quien administra medicina natural, cuadro se exacerba y acude junto con familiares a facultativo quien valora, realiza exámenes complementarios y realiza manejo analgésico, al no ceder las molestias es traída al Hospital General Puyo.

Es valorada por los servicios de emergencia, cirugía y ginecología, donde al encontrarse paciente hemodinamicamente inestable, se decide le ingreso a quirófano de forma emergente, para luego ser manejado el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.

Paciente en estado crítico y con pronóstico reservado, pese al correcto manejo clínico y quirúrgico, a quien se le realizan procedimiento quirúrgico por varias ocasiones para lograr estabilizar su condición, además de exámenes complementarios (laboratorio e imagen) de control, permanece en regulares condiciones en el Área de Terapia intensiva, de forma progresiva se observa mejoría clínica en relación a

manejo quirúrgico y antibiótico. Se mantiene manejo conjunto de las Áreas de Terapia Intensiva, Cirugía, Ginecología, Fisioterapia, para brindar un manejo integral a la paciente.

Paciente que en buenas condiciones es dada de alta médica del Área de Terapia Intensiva en su doceavo día de hospitalización y es ingresada en el Área de Cirugía General para realizar manejo antibiótico, vigilancia y cuidados. Donde permanece hospitalizada durante 6 días, con mejorada condición. En su día de hospitalización 18 asintomática es dada de alta médica definitiva, programándose controles por el Área de Cirugía General en Consulta externa al ser la paciente portadora de Ileostomía.

Durante el seguimiento mensual de la paciente no se evidencia ningún tipo de complicaciones, y con buen manejo de Ostomia se mantiene en controles periódicos.

5.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- El paciente no acude de inmediato a una Unidad de Salud, debido a su desconocimiento
- Durante su estancia hospitalaria no se pudo administrar al paciente antibióticos establecidos de evidencia científica como el imipenem, ya que no existe en stock en el Hospital General puyo, pero se utilizó Meropenem.
- Facultativo que atiende en primera instancia a paciente no deriva de forma inmediata el caso al siguiente nivel.
- Paciente vive en condiciones insalubres y sin servicios básicos completos
- Mal manejo de alimentos y contaminación en la preparación de los mismos
- Falta de bolsas adecuadas de Ostomia lo que produjo quemadura química debido al rebosamiento del contenido.

5.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

TABLA 16 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
El paciente no acude de inmediato a una Unidad de Salud, debido a su desconocimiento	Concientizar en las comunidades a través de charlas y discusiones, la importancia de acudir a tiempo a una unidad de salud, para evitar complicaciones graves que pueden llegar incluso a la muerte.	De forma oportuna y permanentemente	Ministerio de Salud Pública, Director de Salud de la unidad de atención primaria y médicos rurales.	Documentar en la historia clínica.
Falta de medicamentos necesarios para un mejor tratamiento terapéutico.	Gestionar a las autoridades correspondientes la adquisición de medicamentos necesarios para un mejor tratamiento terapéutico.	A partir del año 2016 y anualmente.	Ministerio de Salud Pública.	Todos los niveles de atención de salud

Falla en la derivación oportuna a unidades de salud de mayor complejidad	Crear protocolos de manejo y algoritmos terapéuticos y de derivación oportuna principalmente en centro de salud de primer nivel para evitar complicaciones que incluso pueden llegar a la muerte.	A partir del año 2016 y anualmente.	Ministerio de Salud Pública.	Todos los niveles de atención de salud
Condiciones de vivienda en insalubridad, sin servicios básicos.	Iniciar campañas de concientización para adecuado manejo de excretas y cuidado de ambiente de vivienda para evitar que se convierta en un foco infeccioso	A partir del año 2016 y continuamente	Ministerio de Salud Pública, directores médicos, Médicos Rurales	Ministerio de Salud Pública
Contaminación durante la preparación de alimentos	Impulsar campañas de educación en las	A partir del año 2016 y anualmente.	Ministerio de Salud Pública, Director de	Todos los niveles de atención de salud

	comunidades sobre el manejo de los alimentos, mediante charlas, socialización y guías para así evitar brotes de enfermedades infecciosas.		Salud de la unidad de atención primaria y médicos rurales.	
Falta de insumos hospitalarios, en algunas áreas críticas como cirugía que entorpecen el manejo adecuado y crean dificultades.	Gestionar a las autoridades correspondientes la adquisición de medicamentos necesarios para un mejor tratamiento terapéutico y cuidado del paciente.	A partir del año 2016 y anualmente.	Ministerio de Salud Pública.	Todos los niveles de atención de salud

5.7. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

De acuerdo a las normas, protocolos, artículos de revisión y material bibliográfico revisados en la literatura el manejo correcto de la patología (peritonitis aguda generalizada posterior a perforación intestinal de origen tífico), es el manejo quirúrgico emergente mediante la realización de laparotomía exploratoria en primera instancia y coadyuvado con el soporte antibiótico de amplio espectro.

VI. CONCLUSIONES

- Mediante la identificación de puntos críticos se pudo definir parámetros de mejora en algunos aspectos organizacionales de la salud, como en relación con la paciente fueron el desconocimiento, la falta de insumos médicos, incluso las costumbres e idiosincrasia que intervinieron durante el transcurso de su manejo desde el primer hasta el segundo nivel de atención.
- Se visualizó la importancia de contar con protocolos terapéuticos propios de nuestro medio a nivel de la Atención primaria para Salmonelosis y sus posibles complicaciones; para poder tener una mejor toma de decisiones como profesionales de la salud.
- Se observó que el medio donde se desarrollaron los eventos correspondientes a la evolución de la enfermedad la paciente con Salmonelosis complicada y posterior Perforación Tífica como: inasistencia a un centro de atención de forma oportuna, el consumo de medicación naturista sin prescripción adecuada, fueron de suma importancia tanto para la terapéutica como para el pronóstico.
- Se pudo comprobar mediante la evaluación retrospectiva de evolución de la enfermedad que en caso de existir un caso sospechoso con complicaciones de Salmonelosis en la comunidad como fue el caso de nuestra paciente con Perforación Tífica, se realizó una derivación oportuna al segundo nivel tomando en cuenta la clínica y exámenes complementarios, tomando en cuenta que se observó mediante revisiones, la elevada mortalidad de dicha patología en una instancia complicada.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp D et al Evers B et al Mattox K. SABINSTON. Tratado de Cirugía- Fundamentos Biologicos de la Practica Quirúrgica Moderna. 19 Edición 2013. Travassera de Gracia 17-21 Barcelona. Pag.1470
- Bruncardi F et al Andersen D et al Hunter J et al Biliar T. SCHWARTZ. Principios de Cirugía. 9 Edición 2011. Mc Graw – Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. Pag 1013.

LINKOGRAFÍA

- Alain Chichom-Mefire M. et al Tabe Alain Fon et al Marcelin Ngowe-Ngowe. Which cause of diffuse peritonitis is the deadliest in the tropics? A retrospective analysis of 305 cases from the South-West Region of Cameroon. 2016 World Journal of Emergency Surgery: WJES [Internet]. 2016 [citado 11 September 2016]; 11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827245/> (4)
- Alfageme Michavilla I et al Alvarez M.A. Infecciones Intraabdominales: Peritonitis y Abscesos. 2016 Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados críticos, Capítulo 8.4 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://tratado.uninet.edu/c080403.html\(13\)](http://tratado.uninet.edu/c080403.html(13))
- Butler T, Knight J, Nath SK, Speelman P, Roy SK, Azad MA. Typhoid fever complicated by intestinal perforation: a persisting fatal disease requiring surgical management. 1985, Rev Infect Dis. 1985 Mar-Apr; 7(2):244-56. 5 [Citado 11 de septiembre de 2016]

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3890097\(15\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3890097(15))

- Carrada Bravo Teodoro. Fiebre tifoidea: caso clínico, estudio epidemiológico, patogenia, diagnóstico y tratamiento, 2007; Medicina Interna de México Volumen 23, Núm. 5, septiembre-octubre [cited 11 September 2016]. (2)
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim075m.pdf>

- C N Mock et al J Amaral et al and L E Visser. Improvement in Survival From Typhoid heal Perforation Results of 221 Operative Cases, 1991, Department of Surgery, Rhode Island Hospital, 593 Eddy St., Providence, RI 02903. [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242427/pdf/annsurg00085-0068.pdf\(16\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242427/pdf/annsurg00085-0068.pdf(16))

- Chaud R. PERITONITIS. 2007 Capitulo 1. Disponible en: [http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21932/Capitulo1.pdf\(5\)](http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21932/Capitulo1.pdf(5))

- Hemkant Verma et al Siddharth Pandey et al Kapil Dev Sheoran et al Sanjay Marwah. Surgical Audit of Patients with Ileal Perforations Requiring Ileostomy in a Tertiary Care Hospital in India. 2015. Surgery Research and Practice Volume 2015, Article ID 351548, 4 pages [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1155/2015/351548\(11\)](http://dx.doi.org/10.1155/2015/351548(11))

- Henedige T et al Bindl D et al Bhasin A et al Venkatesh SK. Computed tomography features in enteric fever. 2012. Ann Acad Med Singapore. 2012 Jul; 41 (7): 281-6. [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22892604\(21\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22892604(21))

- Honorio-Horna Carlos Enrique et al Díaz-Plasencia Juan et al Yan-Quiroz Edgar et al Burgos-Chavez Othoniel et al Ramos – Domínguez Claudia Paola. Factores de riesgo de Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Perforación Tífica Ileal. 2006 Rev. Gastroenterología Perú,26:25 -33 Disponible <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol26n1/pdf/a04.pdf> (3)

- Huamán Malla M. et al. Salaverry García O. Peritonitis [Internet]. Sisbib.unmsm.edu.pe. 2016, Tomo I, Capitulo 12 [cited 12 September 2016]. Disponible:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_12_Peritonitis.htm (1)

- A. Magagi, H. Adamou, O. Habou, A. Magagi, Urgences chirurgicales digestivos en el África Subsahariana: étude prospectivo d'une série de 622 patients à l'Hôpital National de Zinder, Níger. 2016, Bulletin de la Société de pathologie exotique pp 1-7 [Citado 11 de septiembre de 2016]Disponible en:[http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13149-016-0499-9\(9\)](http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13149-016-0499-9(9))

- J P Kim et al S K Oh et al and F Jarrett. Management of ileal perforation due to typhoid fever. 1975, Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts 02114. V, 1. No. I [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343721/pdf/annsurg00287-0104.pdf\(18\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343721/pdf/annsurg00287-0104.pdf(18))

- Karen P. Neil et al Samir V. Sodha et al Luswa Lukwago et al Shikanga O-tipo et al Mateo Mikoleit et al Sherricka D. Simington et al Peter Mukobi et al Stephen Balinandi. A Large Outbreak of Typhoid Fever Associated With a High Rate of Intestinal Perforation in Kasese District, Uganda, 2008–2009, 2012. Oxford Journals - Clinical Infectious Diseases Volumen 54, Número 8 Pp. 1091-1099. [Citado 11 de septiembre de 2016]

Disponible en: [http://cid.oxfordjournals.org/content/54/8/1091.long\(19\)](http://cid.oxfordjournals.org/content/54/8/1091.long(19))

- Kassegne I et al Sewa EV et al Kanassoua KK et al Alassani F et al Adabra K et al Amavi AK et al Tchangai B et al Azialey KG et al Attipou K. Diagnóstico, terapéuticos y pronósticos aspectos de perforaciones intestinales de fiebre tifoidea en Dapaong, Togo. 2016 Med. Trop Sante Ene-Mar; 26 (1): 71-4. doi: 10.1684 / mst.2016.0544. [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948321\(10\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948321(10))
- Kenneth Agu et al Martin Nzegwu et al Emmanuel Obi. Prevalence, Morbidity, and Mortality Patterns of Typhoid Ileal Perforation as Seen at the University of Nigeria Teaching Hospital Enugu Nigeria: An 8-year Review. 2014. World J Surg (2014) 38:2514–2518 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161930/pdf/268_2014_Article_2637.pdf\(22\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161930/pdf/268_2014_Article_2637.pdf(22))
- Pal DK. Evaluation of best surgical procedures in typhoid perforation--an experience of 60 cases. 1998 Ene; 28 (1): 16-8. [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9481191\(17\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9481191(17))
- R. Jurado Jiménez et al C. Arenas Muñoz et al A. Doblaz Delgado et al A. Rivera y J. Torre-Cisneros. Fiebre tifoidea y otras infecciones por salmonellas 2010 Cap. Enfermedades infecciosas (IV) ;10(52):3497-501 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Tifoidea otras salmonellas_Medicine20100.pdf\(8\)](http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Tifoidea otras salmonellas_Medicine20100.pdf(8))
- Roberto Caronna et al Alassan Kadiri Boukari et al Dieudonné Zaongo et al Thierry Hessou et al Rènè Castro Gayito et al Cesar Ahononga et al Sosten Adeniran et al Giambattista Priuli. Comparative analysis of primary repair vs resection and anastomosis, with laparostomy, in management of typhoid

intestinal perforation: results of a rural hospital in northwestern Benin 2013. Caronna et al. BMC Gastroenterology 2013, 13:102 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.biomedcentral.com/1471-230X/13/102\(20\)](http://www.biomedcentral.com/1471-230X/13/102(20))

- Salarich Torrents Joaquín. La Perforación Tífica –Anales de Medicina y Cirugía 1970 Vol. XXXIX. - N." I07- 108 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/179041-267341-1-PB.pdf> (7)
- Santillana M. Surgical complications of typhoid fever: enteric perforation. 1991, World J Surg. 1991 Mar-Apr;15(2):170-5 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2031355\(14\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2031355(14))
- Saravia Gómez Jaime, MD. Salmonellosis - Guías para manejo de urgencias 2016 [citado 11 Septiembre 2016]; Capitulo XXI Disponible en: <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/infecciosos/salmonellosis.pdf> (6)
- S. Selcuk Atamanalp et al Bunyami Ozogul et al Abdullah Kisaoglu et al Sukru Arslan et al Ercan Korkut et al Erdem Karadeniz. Typhoid Intestinal Perforations: Has the Clinical Importance Decreased in Eastern Anatolia for 36 Years? 2015, Eurasian J Med 2015; 47: 135-7 [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/eajm-47-2-135.pdf>(12)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- SCOPUS: Asseva, G. et al Petrov, P. et al Ivanova, K. et al Kantardjiev, T. Systemic and extraintestinal forms of human infection due to non-typhoid salmonellae in bulgaria, 2005-2010. (2012) European Journal of Clinical

Microbiology and Infectious Diseases, 31(11), 3217-21.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10096-012-1688-5> [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773084\(28\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773084(28))

- SCOPUS: Stoner, M. C. et al Forsythe, R. et al Mills, A. S. et al Ivatury, R. R., et al Broderick, T. J. Intestinal perforation secondary to salmonella typhi: Case report and review of the literature. 2000The American Surgeon, 66(2), 219-22. Retrieved from [Citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://search.proquest.com/docview/212814680?accountid=36765\(26\)](http://search.proquest.com/docview/212814680?accountid=36765(26))
- SCOPUS: Talpur, Altaf Ahmed; Kella, Nand Lal; Surahio, Abdul Rashid; Javed, Muhammad; Jamal, Professor Akmal. Sensitivity Pattern Of Salmonella Typhi In Patients With Typhoid Small Bowel Perforations.2012. Medical Channel. Apr-Jun2012, Vol. 18 Issue 2, p93-96. 4p. [Citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/287409611_Sensitivity_pattern_of_salmonella_typhi_in_patients_with_typhoid_small_bowel_perforations\(27\)](https://www.researchgate.net/publication/287409611_Sensitivity_pattern_of_salmonella_typhi_in_patients_with_typhoid_small_bowel_perforations(27))
- SCOPUS: Ukwenya, A. et al Ahmed, A., et al Garba, E. Progress in management of typhoid perforation. 2011 Annals of African Medicine, 10(4), 259-65. [Citado 11 de septiembre de 2016]
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/1596-3519.87040\(24\)](http://dx.doi.org/10.4103/1596-3519.87040(24))
- SCOPUS: Vidal, E. et al Marzollo, A. et al Betto, M., et al Murer, L. Automated peritoneal dialysis-related peritonitis due to salmonella enteritidis in a pediatric patient. Clinical and Experimental Nephrology, 2012 16(2), 342-4. [Citado 11 de septiembre de 2016]
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1007/s10157-011-0541-y\(25\)](http://dx.doi.org/10.1007/s10157-011-0541-y(25))
- SCOPUS: Vittal Mogasale et al Sachin N. Desai et al Vijayalaxmi V. Mogasale et al Jin Kyung Park. Case Fatality Rate and Length of Hospital

Stay among Patients with Typhoid Intestinal Perforation in Developing Countries: A Systematic Literature Review. 2014. PLoS ONE 9(4): e93784
[Citado 11 de septiembre de 2016]

Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990554/pdf/pone.0093784.pdf>(23)

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: ECO ABDOMINAL

ECO ABDOMINAL

Hígado de forma, tamaño y situación normales, su ecogenicidad se encuentra conservada; sin lesiones patológicas ocupantes de espacio.

Vías biliares intra y extra hepáticas normales.

Hepatocolodoco mide 5,5 mm

Vesícula biliar de paredes finas regulares (1,7 mm) tamaño conservado, contiene múltiples cálculos de tamaño mediano, en promedio miden 8 mm; son móviles con los decúbitos, se agrupan y provocan sombra acústica posterior. Murphy sonografico negativo. Bazo, páncreas y riñones sin datos patológicos.

Idg: - Colelitiasis



Eco Abdominal. Vías biliares intra y extra hepáticas normales.



Eco Abdominal. Colelitiasis

ANEXO 2: ECO PÉLVICO

ECO PÉLVICO (30/11/2016)

Vejiga de buena capacidad, de paredes finas regulares, sin contenido ecogenico en su interior.

Útero en anteversión de forma, tamaño y situación normales, mide 6,01 cm de longitudinal por 3,23 cm de transversal x 3,26 cm de anteroposterior.

Miometrio homogéneo, sin lesiones patológicas ocupantes de espacio.

El peritoneo que cubre la pared anterior del útero y la pared posterior de la vejiga, es grueso, heterogéneo; hipovascularizado al Doppler color, en relación con proceso inflamatorio pélvico intraperitoneal.

Endometrio trilaminar de 6 mm en fase proliferativa.

Cérvix de tamaño conservado.

Ovario derecho: de difícil visualización. En la fosa iliaca derecha y el anexo derecho, se observa severo engrosamiento peritoneal, las asas intestinales y el peritoneo constituyen una masa sólida, heterogénea, de bordes irregulares, mal definidos, con un volumen de 37,21 ml; presenta zona liquida inmersa en la masa; estos hallazgos son compatibles con apendicitis aguda complicada y peritonitis aguda secundaria focalizada. Fondo de saco de Douglas libre.



Eco Pélvico.