

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 33

2016



Boletín Epidemiológico
Salmonelosis,
Tlaxcala

JUSTIFICACIÓN

La salmonela tiene distribución mundial, tanto en humanos como en animales, con gran capacidad de adaptación a diversos nichos ecológicos. Adquieren particular importancia, porque se ha descrito que más del 90% de los serotipos reportados, son salmonela no typhi, con incremento importante en los últimos años, siendo las mayores tasas de infección en menores de 20 años, sobre todo en niños. La mortalidad es baja, aunque en neonatos puede alcanzar hasta 7%. Su transmisión se asocia a alimentos y bebidas contaminadas con orina y heces de un enfermo o portador, los alimentos pueden ser mariscos, frutas o verduras, leche o productos lácteos. Las moscas pueden funcionar como vectores, contaminando los alimentos. (Frías 2009).

Las estadísticas varían y son difíciles de establecer, sobre todo en las formas invasivas o complicadas; sin embargo, en naciones del primer mundo, su incidencia ha aumentado, hasta proporciones epidémicas en varios países (Gordon , 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a principios de este siglo estima la incidencia global anual en 0.3%, con cerca de 22 millones de casos de fiebre enterica en todo el mundo (tifoidea y paratifoidea) (Wijedoru 2010).

En México en 1994, las notificaciones incrementaron de 100,342 casos a 215,155 en 1998 (tasas de 111.21 a 223.53 por 100 000 mil habitantes) (Paniagua 2008).

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

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Ante sospecha clínica por definición, solicitar biometría hemática, Proteína C Reactiva, velocidad de sedimentación globular, procalcitonina y reacciones febriles.

Casos sospechoso con nexo epidemiológico y con resultados de laboratorio sugestivos, solicitar hemocultivo y una semana después, coprocultivo y urocultivo para confirmación de casos por laboratorio y nexo epidemiológico.

La confirmación de fiebre paratifoidea requiere la presencia de *S. paratyphi*, en emocultivo, mielocultivo, coprocultivo o cultivo de secreción duodenal.

Valorar mielocultivo en caso de que las condiciones clínicas del niño ameriten hospitalización en otro nivel de atención.

Al no haber pruebas serológicas definitivas para el diagnóstico de fiebre paratifoidea, la sospecha clínica es fundamental. La combinación de antecedentes de riesgo de infección con inicio gradual de fiebre que se exacerba después de algunos días debe hacernos sospechar el diagnóstico.

En pacientes con factores de riesgo como neonatos en cuneros o pacientes con patología oncológica, los métodos diagnósticos para fiebre paratifoidea tienen el mismo valor que en la población sin patología de base u otro factor de riesgo asociado.

Definiciones operativas

Definición clínica de caso: Fiebre elevada continua, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos no productiva, manchas rosáceas en el tronco, estreñimiento o diarrea.

Criterio diagnóstico por laboratorio: Aislamiento del agente infeccioso en sangre, médula ósea o heces.

Caso sospechoso o probable: Caso clínicamente compatible según definición clínica .

Caso confirmado por laboratorio: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso clínicamente compatible y relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado.

Brote: Dos o más casos relacionados en tiempo y espacio con un caso confirmado.

Diagnostico Clínico

Historia Clínica y exploración física completas enfatizando anamnesis de la fiebre, así como signos y síntomas acompañantes, además de los hábitos higiénicos-dietéticos. Los síntomas de fiebre tifoidea y paratifoidea son indistintos para ambos agentes etiológicos, lo que dificulta el diagnóstico definitivo.

Se manifiesta del 5° al 21 día posterior a la ingesta de alimentos o agua contaminada y pueden tener una duración de meses o más, su inicio es insidioso; cefalea, anorexia y malestar general que aumenta hasta la presentación del resto de síntomas característicos.

En cuadros agudos no complicados, las manifestaciones clínicas pueden incluir: fiebre generalmente continua (puede llegar hasta 40° C), escalofríos, diarrea (más frecuente en niños), constipación.

En dolor abdominal, irritabilidad, epistaxis, hiporexia, tos seca, erupción cutánea (manchas planas, de color rojo en tórax y abdomen y menos frecuente en cara interna de muslos), debilidad y fatiga.

La enfermedad severa o complicada incluye: sangrado de tubo digestivo bajo; alteraciones neurológicas (confusión, delirio, alucinaciones o desorientación, letargia y pobre respuesta a estímulos); diarrea severa con datos de deshidratación, perforación intestinal, peritonitis con datos de choque; en niños menores de 5 años puede presentarse de forma atípica o subclínica, resultado de inmadurez del sistema reticuloendotelial, sin embargo puede presentarse toxicidad secundaria.

Puede diseminarse y producir bacteremia, sepsis o localizarse en diversos tejidos y condicionar cuadros de artritis, osteomielitis, colecistitis, endocarditis, meningitis, pericarditis, neumonía, pielonefritis y otros menos frecuentes, cada uno de ellos con sus propias características clínicas.

TRATAMIENTO

El riesgo más común en pacientes con diarrea, es la deshidratación, y en países en desarrollo la desnutrición, la terapia inicial debe incluir la hidratación y/o rehidratación adecuadas a cada caso.

Ante la persistencia del cuadro y/o evidencia de complicaciones, iniciar tratamiento por vía oral con antibióticos de primera elección (amoxicilina, ampicilina, trimetoprim con sulfametoxazol o cloranfenicol) en dosis convencionales hasta por 14 días.

Para pacientes sin evidencia de compromiso hídrico. La terapia de reposición de líquidos debe iniciar ante la sospecha de infección intestinal, con incremento a su aporte.

Una vez cumplida 72 horas de iniciado el tratamiento, en caso de mala respuesta al manejo antibiótico convencional y necesidad de hospitalización, solicitar nuevo hemocultivo, cultivo de aspirado duodenal o coprocultivo e iniciar tratamiento intravenoso con cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona o cefotaxima) en dosis convencionales hasta por 14 días.

Evaluar nuevamente en 72 horas y si la respuesta no es satisfactoria, con mala evolución y/o complicaciones, iniciar fluroquinolonas (ciprofloxacino) en dosis convencionales.

Solo en caso de resistencia a los antibióticos de primera elección demostrada, el tratamiento de inicio podrá ser con Azitromicina o Ciprofloxacino vía oral, con evaluación de la respuesta en 72 horas,

Cuando se demuestre una infección, potencialmente transmisible en el núcleo familiar, se recomienda el estudio a los contactos, con la firme idea de cortar la cadena de transmisión, estableciendo medidas higiénicas y de tratamiento médico en caso necesario.

La base para prevenir estas enfermedades, es el conocimiento de sus mecanismos de transmisión. En este sentido es muy importante considerar una completa provisión de medidas de salud pública como: "agua segura", regulación sanitaria de los alimentos, políticas de migración (control de viajeros) sobre todo de o hacia áreas endémicas, promoción y educación para la salud.

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo
Amoxicilina	Niños: 50 a 100 mg/k/día Adolescentes y Adultos 1 gr VO cada 8 horas	Suspensión oral Cápsulas de 500 mg	14 días
cloranfenicol	Niños: 50 a 75 mg/k/día VO cada 6 horas Adolescentes y Adultos: 500 mg cada 6 horas vía oral o IV	Suspensión oral con 31.25 mg/ml Cápsula de 500 mg y Solución inyectable	14 días
ampicilina	Niños 50 a 100 mg/k/día cada 6 horas Adolescentes y Adultos 1 gr cada 6 horas VO o IV	Suspensión oral de 250 mg / 5 ml Tableta o cápsula de 500 mg y Solución inyectable de 500 mg	14 días
Trimetoprim con sulfametoxazol (TMP/SMX)	Niños 10 mg/k/día (en base a TMP, cada 12 horas VO o IV Adultos: 160 mg cada 12 horas VO o IV	Suspensión oral de 40 mg/ml en base a TMP Comprimidos o tabletas con 80 mg de TMP y 400 mg de SMX y Sol. Inyectable de 160 mg base TMP	14 días
Azitromicina	Niños 10 mg/k/día cada 24 horas Adultos 500 mg cada 24 horas	Tabletas de 500 mg	7 días
cefotaxima	Niños 50 a 100 mg/k/día cada 8 horas. IV Adultos 1 a 2 gr cada 6 a 8 horas IV	Solución inyectable de 1 gr	14 días
Ceftriaxona	Niños 50 a 100 mg/k/día cada 12 o 24 horas IV o IM Adultos 2 a 4 gr cada 12 o 24 horas IV o IM	Solución inyectable de 1 gr	14 días
Ciprofloxacina	Niños 15 a 30 mg/k/día cada 12 horas VO o IV Adultos 500 mg cada 12 horas VO o IV	Suspensión oral de 250 mg / 5 ml Cápsula o tableta de 250 mg y solución inyectable de 200 mg	7 a 10 días, ocasionalm ente 14 días

Prevención

Control de alimentos

- ☀ Consumir alimentos bien cocidos
- ☀ Lavar y desinfectar frutas y verduras que se consumen crudas
- ☀ Los huevos de consumo humano deben estar frescos, refrigerados, preferentemente no consumirse crudos o eliminar los que se encuentren partidos o sucios.
- ☀ No consumir alimentos callejeros, a menos que se garantice la higiene del local
- ☀ Higiene del personal manejador de alimentos, sobre todo "lavado de manos"
- ☀ Refrigerar los alimentos perecederos
- ☀ Mantener limpias las cocinas y libres de fauna nociva
- ☀ Lavado de manos de los consumidores
- ☀ Control de las fuentes de agua
- ☀ Extremar precauciones para niños en condiciones especiales durante la preparación de los alimentos

Control de pacientes

- ☀ Respetar las indicaciones médicas en su domicilio
- ☀ Evitar contagios por manipulación deficiente de los alimentos
- ☀ Tratamiento antibiótico en caso de requerirlo respetando la prescripción médica

Control de brote de epidemia

- ☀ Identificar los contactos y determinar el o los grupos de población en riesgo
- ☀ Tratamiento específico de los afectados
- ☀ Control de fauna (doméstica y nociva)
- ☀ Evitar contaminación de agua potable y alimentos

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23