

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **gpc**

## Prevención, Diagnóstico y Tratamiento DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS en Niños y Adolescentes En el Primero y Segundo Nivel de Atención

### Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-253-12

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10: A01 Fiebres tifoidea y paratifoidea

A02: otras infecciones debidas a *Salmonella*

GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Fiebre Paratifoidea y Otras Salmonelosis en Niños y Adolescentes en el Primer y Segundo Nivel de Atención

## Definiciones

Salmonelosis: son un grupo de infecciones causadas por bacterias del Género *Salmonella*, que debido a la dificultad para discernir entre fiebre tifoidea y Paratifoidea, se engloban en el grupo de las **llamadas “fiebres entéricas”**

El Instituto Nacional de Salud en Colombia, define a la Fiebre tifoidea/paratifoidea como una enfermedad sistémica, con bacteriemias cíclicas, que sin intervención puede durar aproximadamente 4 semanas. Su letalidad está asociada principalmente al desarrollo de complicaciones gastrointestinales como la perforación y hemorragias intestinales

**Fiebre paratifoidea** es una fiebre entérica causada por serotipos distintos a *S. typhi*

**Salmonelosis** es un conjunto de enfermedades producidas por el género microbiano

## Diagnóstico Clínico

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

Se manifiestan 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 aumentan 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 en forma atípica o subclínica, resultado de inmadurez del sistema reticuloendotelial, sin embargo puede presentarse toxicidad secundaria

Puede diseminarse y producir bacteriemia, 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

## Auxiliares de Diagnóstico

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

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

La confirmación de fiebre paratifoidea requiere la presencia de *S. paratyphi*, en **hemocultivo, 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. Tabla 1

Al no haber pruebas serológicas definitivas para el diagnóstico de fiebre paratifoidea, la sospecha clínica es fundamental. La combinación de antecedente 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

## 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. Diagrama 1

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. Tabla 2

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

Una vez cumplidas 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 fluoroquinolonas (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.

## Referencia oportuna

En atención primaria (consultorios, clínicas, etc), es importante y necesario valorar la oportuna referencia a un segundo nivel de atención, a aquellos pacientes con fiebre paratifoidea que presenten complicaciones que pongan en riesgo su integridad física o su vida, la manifestaciones de descompensación hidroelectrolítica secundaria a vómito persistente, diarrea importante y distensión abdominal, deberán atenderse en los servicios de Urgencias según sus prioridades de atención médica.

Es conveniente referir (trasladar) cuando presenten

- Dolor Abdominal persistente
- Fiebre de difícil control con antecedente de crisis convulsivas
- Intolerancia a la vía oral

A demás de alguna de las siguientes condiciones

- Deshidratación moderada a severa
- Abdomen agudo
- Sospecha de perforación intestinal
- Hemorragia a cualquier nivel
- Falla al manejo ambulatorio

La referencia a un tercer nivel de atención, ante la mala evolución y la inminente necesidad de manejo en una Terapia Intensiva a pacientes con

- Hemorragia grave
- Alteraciones del estado mental
- Hepatitis e insuficiencia hepática
- Miocarditis
- Pancitopenia
- Síndrome hemofagocítico
- Coagulación intravascular diseminada
- Síndrome hemolítico urémico

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

## Prevención

En forma sencilla y asequible, se recomiendan las siguientes medidas

### 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 y 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 los 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 o 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

Tabla 1. Tiempos recomendados para solicitud de exámenes confirmatorios de laboratorio, ante caso sospechoso de Fiebre Paratifoidea y otras salmonelosis

Cultivo	Incubación	1 <sup>a</sup> . Semana.	2 <sup>a</sup> . Semana.	3 <sup>a</sup> . Semana.	4 <sup>a</sup> . semana.
Mielocultivo (0.5 a 1 ml)		90% que puede disminuir después de 5 días de antibiótico			
Hemocultivo, coprocultivo o cultivo de aspirado duodenal (10 a 30 ml)	40-80%		20%	20 al 60%	
Urocultivo		25-30% tiempo impredecible			

Tabla 2. Medicamentos recomendados para tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo
<b>Amoxicilina</b>	Niños: 50 a 100 mg/k/día Adolescentes y Adultos 1 gr VO cada 8 horas	Suspensión oral Cápsulas de 500 mg	14 días
<b>cloranfenicol</b>	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
<b>ampicilina</b>	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
<b>Trimetoprim con sulfametoxazol (TMP/SMX)</b>	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
<b>Azitromicina</b>	Niños 10 mg/k/día cada 24 horas Adultos 500 mg cada 24 horas	Tabletas de 500 mg	7 días
<b>cefotaxima</b>	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
<b>Ceftriaxona</b>	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
<b>Ciprofloxacina</b>	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, ocasionalmente 14 días





