ESTUDIO ANALITICO DE 290 ENFERMOS HOSPITALIZADOS CON EL DIAGNOSTICO DE "ESTADO INFECCIOSO"

Drs. FERNANDO MARTINEZ y RAUL CABRERA

Cátedra de Pediatría del Prof. Anibal Ariztia.

Hospital "Luis Calvo Mackenna". Santiago.

La creciente importancia de un diagnóstico preciso y precoz de los distintos cuadros infecciosos, como consecuencia de la introducción de medidas terapéuticas altamente eficaces, nos ha llevado a hacer la presente revisión, cuyos objetivos principales son: 1) estudiar las características clínicas más importantes que se relacionan con el diagnóstico de "estado infeccioso" y 2) intentar la creación de una pauta que sirva de guía al médico práctico en el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

Se han considerado como "estados infecciosos" (E.I.), todos aquellos cuadros de evolución febril, no acompañados de síntomas o signos que permitieran al médico formular un diagnóstico preciso. La frecuencia con que se presenta este problema en la práctica general, es de sobra conocida y su importancia ha aumentado en estos últimos años con la introducción de los antibióticos.

En el presente trabajo no se cumplen algunos de los requisitos exigidos para sacar conclusiones de valor estadístico: falta un criterio uniforme, pre-establecido, respecto de lo que debía entenderse por E.I.; a esto podría agregarse el hecho de que estos enfermos fueron atendidos en el Consultorio Externo del Hospital y no en una sección especializada que tuviera a su cargo el estudio de estos casos. Sin embargo, es evidente que sería muy difícil cumplir con estos requisitos y que el tratar de hacerlo nos alejaría de lo que a diario sucede tanto en la práctica hospitalaria como privada.

MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO

Se revisaron 290 observaciones clínicas de niños ingresados al Hospital "Luis Calvo Mackenna" con el diagnóstico de E.I., durante el período comprendido entre Septiembre de 1944 y Marzo de 1956. Sobre un total estimativo de 21.734 hospitalizaciones, se formuló el diagnóstico de E.I. en 371 (frecuencia como causa de ingreso: 17 por mil).

No se incluyeron en este estudio 81 observaciones, por corresponder a fichas extraviadas o porque éstas no cumplían con algunos de los requisitos exigidos y que se indican a continuación:

1) Cuadro febril de evolución variable, no acompañado de síntomas o signos suficientes como para permitir un diagnóstico preciso.

2) Que a su ingreso el médico de Policlínico lo haya reconocido como un E.I., enumerara o no las posibilidades futuras a estudiar.

Se han eliminado de este material:

1) Cuadros infecciosos con diagnóstico de ingreso preciso (tifoidea, enfermedad reumática, etc.).

2) Cuadros infecciosos en que la historia clínica sugería fuertemente un diagnóstico que fué confirmado posteriormente.

EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS

Distribución según sexo: hubo discreto predominio de hombres sobre mujeres (153 hombres y 137 mujeres).

E d a d :	
0 a 2 años	5
2 años 1 día a 6 años	74
6 años 1 día a 15 años	211

a) Primera infancia: fué poco frecuente el diagnóstico de E.I. en este grupo, probablemente, porque a esta edad los procesos infecciosos adoptan, a menudo, las características de un trastorno nutritivo agudo y el médico sólo hace este último diagnóstico.

Dos lactantes (Obs. 30421 y 36337), ingresaron con el diagnóstico de E.I. Como diagnóstico de alta, sólo se consignó: gripe. A este propósito cabría aquí señalar la importancia que tienen los procesos catarrales de las vías respiratorias altas como causa de cuadros infecciosos de diagnóstico dudoso (E.I.). Si este hecho no se vió representado con mayor fre-

cuencia en este grupo, ello es debido a que, excepcionalmente uno de estos casos llega a hospitalizarse, pero son, indudablemente, de observación frecuente para el médico de Policlínico.

Un caso de piuria (Obs. 33155), se explica, ya que el examen físico de ingreso fué totalmente negativo. La leucemia (Obs. 116), adoptó como es corriente a esta edad¹, la forma de un cuadro séptico grave, pero sin púrpura ni hepatoesplenomegalia. Su diagnóstico se precisó sólo con ayuda del Laboratorio. El caso de sarampión (Obs. 33846), ingresado con el diagnóstico de E.I. es, indudablemente, demostrativo de una observación insuficiente: el sarampión como otras enfermedades eruptivas, puede revelarse como un E.I. sólo en los primeros días; después, su diagnóstico clínico es fácil.

b) Pre-escolares: a esta edad el diagnóstico de E.I. fué más frecuente. La tifoidea pasó a ocupar un lugar de importancia, seguida de los procesos catarrales respiratorios.

c) Escolares: la mayor parte de los casos de este grupo, corresponden a tifoidea (95) o paratífus (8), seguidos de los estados gripales (43). A continuación puede anotarse la TBC (7 complejos primarios, 3 meningitis TBC y 1 TBC de reinfección) y la enfermedad reumática (7 casos).

HOSPITALIZACIONES POR E.I. SEGUN ESTACION DEL AÑO

	Nº casos
Primavera	59
Verano	112
Otoño	55
Invierno	64

Las hospitalizaciones por E.I. fueron más frecuentes durante el verano que en cualquiera otra estación. Durante este período, la tifoidea alcanzó su más alta frecuencia, seguida de cerca por la gastroenteritis aguda, acompañada de fiebre, casos en los cuales se sospechó también aquella afección. Llamó la atención que los niños ingresados en Obs. de E. I. y cuyo diagnóstico de alta fué gripe, se distribuyeron casi con igual frecuencia en todo el transcurso del año (15 casos en verano y 22 en invierno).

Síntomas clínicos: los más frecuentes fueron los que se referían a la aparien-

FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS EN LA ANAMNESIS

	Nº casos
Apariencia febril	290
Astenia, anorexia, etc.	257
Cefalea	151
Dolor abdominal	128
Vómitos	118
Diarrea	90
Tos	65
Epistaxis	46
Constipación	43
Palidez	28
Coriza	18
Artralgias	13
Dolor de garganta	10
Dolor torácico	9
Exantemas	5
Melenas	2
Convulsiones	2
Hematemesis	1
Roseolas?	1
Ictericia	1
Púrpura	1

cia febril y al mayor o menor compromiso del estado general (anorexia, astenia, etc.). En un menor número de casos, a los anteriores, se agregaron síntomas de tipo gastrointestinal (dolores abdominales, vómitos, diarrea) y/o respiratorios (tos, coriza, etc.). Cefalea poco intensa se señaló en poco más de la mitad de los casos; constituyó una molestia de especial importancia en algunos casos de tifoidea, meningitis TBC y un niño con un proceso expansivo intracraneano (probable proceso inflamatorio). Vómitos y diarrea figuraron como antecedentes en, aproximadamente, 1/3 de los niños. Aparte de las gastroenteritis, con frecuencia se los observó en cuadros de tipo gripal y, a menudo, la intensidad que adquirieron indujo al clínico a una orientación diagnóstica errada. Epistaxis se observó en 1/6 de los niños. Fué más frecuente en casos de tifoidea, enfermedad reumática y en los estados gripales. La palidez, sin ser un síntoma diagnóstico, nos pareció más llamativa en casos de enfermedad reumática y algunos de tifoidea. La tos figuró como antecedente frecuente en los procesos catarrales respiratorios y tifoideas. Las artralgias tuvieron un valor relativo en el sentido de orientar el diagnóstico hacia una enfermedad reumática, ya que en los casos aquí presentados, no se asociaron a otros signos de esta enfermedad.

Otros síntomas tales como ictericia, púrpura, hematemesis, melenas, etc., se presentaron en un escaso número de niños, por lo que no se comentarán en detalle.

SIGNOS FÍSICOS MÁS FRECUENTES EN EL EXAMEN DE INGRESO

	Nº casos
Compromiso del estado general	269
Fiebre	253
Lengua saburral	215
Faringe congestiva	164
Palidez	115
Hepatomegalia	46
Esplenomegalia	30
Compromiso psico-sensorial	20
Exantemas	12
Disnea	10
Epistaxis	8
Soplo sistólico	6
Signos neurológicos	6
Ganglios inflamados	3
Púrpura	3

El examen físico de ingreso se caracterizó por la pobreza de signos que permitieran formular un diagnóstico clínico de certeza. En la mayor parte de los casos sólo se pudo comprobar un estado febril, con mayor o menor compromiso del estado general. A esto se agregaba, a menudo, palidez y/o congestión de la faringe y/o lengua saburral. El resto del examen, frecuentemente, era negativo. Fué, precisamente, la disociación entre compromiso del general y los síntomas locales lo que llevó al médico a formular el diagnóstico de E.I. y no el de faringitis, estado gripal, etc.

En menos de 1/6 de los pacientes se apreció hepato y/o esplenomegalia.

Los demás signos, tales como exantemas, disnea, soplos cardíacos, adenopatías, etc., fueron de hallazgo ocasional.

Antecedentes de contacto con respecto a la enfermedad diagnosticada al alta, se encontró en 15 casos. Tuvo significación especial en TBC y algunos casos de tifoidea.

Tratamiento previo con antibióticos: a pesar de que nuestra casuística trata de casos en que no existía un diagnóstico preciso, 85 niños tenían el antecedente de haber recibido sulfonamidas o antibióticos antes de su ingreso. Fué el fracaso de esta terapia lo que llevó a una gran parte de ellos a consultar en el Hospital.

Diagnóstico de ingreso: en 137 casos, al ingreso se diagnosticó "E.I." en observación. En 136, se planteó, además, alguna posibilidad a estudiar. Dentro de este grupo, en 77, el diagnóstico de orientación resultó confirmado y, en 59, no se confirmó. 17 casos se han dejado como dudosos por enumerarse en ellos múltiples posibilidades diagnósticas.

Errores diagnósticos más comunes: sólo se citarán los principales. De los casos hospitalizados con el diagnóstico de E.I. Obs. tifoidea, y en que este último diagnóstico no se confirmó, 20 resultaron procesos catarrales respiratorios; 5, gastroenteritis agudas; 4, complejos primarios (Obs. 51/2129, 51/1085, 34346 y 50/2921); 1, sinusitis etmoidal izquierda (Obs. 51/4376) y, un caso hospitalizado con el diagnóstico de E.I. ¿tifoidea? ¿Meningotifus? (Obs. 46/754), resultó ser una meningitis TBC. A la inversa, dos niños (Obs. 33522 y 48/2693) en quienes se diagnosticó E.I. ¿Apendicitis?, el diagnóstico definitivo fué tifoidea.

De la exposición anterior cabría hacer resaltar la frecuencia con que procesos catarrales respiratorios hicieron pensar en tifoidea. Los cuadros de gastroenteritis aguda, especialmente en verano, también hicieron plantear este diagnóstico.

Otros casos, menos frecuentes, a su ingreso hicieron plantear la posibilidad de enfermedad reumática. La evolución posterior demostró que se trataba de simples estados gripales y, en un caso (Obs. 49/6077), de brucelosis.

Fiebre tifoidea: De la lista anterior llama la atención la frecuencia con que aparece en ella el diagnóstico de tifoidea 2-3-4. Este hecho podría llevar a pen-

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS O DE ALTA

	Nº casos
Tifoidea	128
Estados gripales	59
Gastroenteritis	19
Tuberculosis:	
Complejo primario	11
Meningitis TBC	4
TBC de reinfección	1
Peritonitis TBC	1
Paratífus	8
Infecciones urinarias	8
Enfermedad reumática	7
Hepatitis	5
Tifus exantemático	3
Otitis media	3
Bronconeumonía	3
Sinusitis	3
Brucelosis	2
Caries dentarias o abscesos alveolares	2
Sarampión	2
Corticorringitis linfocitaria benigna	2

Figuran con un caso: leucemia aguda, mononucleosis infecciosa, púrpura anafiloide de Schönlein-Henoch, parotiditis, pleuritis mediastínica, shigelosis (Flexner), proceso expansivo intracraneano (gliomatario).

No se llegó a un diagnóstico preciso (retirado precozmente por la familia, convaleciente de E.I., etc.) 12

sar en que este diagnóstico debería plantearse como primera posibilidad frente a cualquier E.I. Sin restar valor a esta posibilidad, es preciso recordar que nuestra muestra es seleccionada, reducida a clientela de hospital y, aún dentro de ésta "a aquellos que han llegado a hospitalizarse". Para el médico de Policlínico es evidente que no podría decirse lo mismo respecto del total de niños que consultan, la mayor parte de los cuales, no se llega a hospitalizar, por tratarse de cuadros benignos que se resuelven en pocos días. Por otra parte, es indudable que, frente a un E.I., sólo el estudio total del enfermo, puede llevar al diagnóstico correcto.

La alta frecuencia de la tifoidea dentro de nuestra casuística, podría explicarse por los siguientes hechos: 1) Gran frecuencia de las fiebres entéricas en nuestro medio. 2) Muestra seleccionada, reducida a clientela de hospital que, como se sabe, presenta un bajo standard social y económico. 3) Se trata de niños "hospitalizados", lo que involucra la idea de que el proceso revestía cierta gravedad y 4) Frecuencia con que la tifoidea se inicia como un cuadro febril, sin caracteres específicos.

Es difícil indicar en forma de un cuadro estadístico los hechos que, dentro de este material, han permitido más frecuentemente orientar el diagnóstico hacia tifoidea. Entre aquellos que han parecido más significativos en las formas de comienzo, se podrían señalar: cuadro febril, a menudo de comienzo brusco, con mayor o menor compromiso del estado general. Frecuentemente tos, epistaxis y molestias gastrointestinales. Al examen físico se encontró, además de la fiebre, congestión faríngea, lengua saburral ("tostada" al centro); frecuentemente, signos auscultatorios de origen bronquial y esa alteración del abdomen tan característica como difícil de describir, consistente en un abdomen meteorizado, tenso, pero depresible en mayor o menor grado y que, a veces, dió lugar a grandes dificultades de interpretación. Más tarde se vieron aparecer roseolas, esplenomegalia, etc.

Estados catarrales respiratorios: ocuparon el segundo lugar en orden de frecuencia. Cabe señalar que, todos los casos en que el diagnóstico de alta fué el de estado gripal, se estudiaron con los exámenes que son de rigor, a fin de descartar procesos de mayor importancia.

De los 59 casos ingresados en observación de E.I. y cuyo diagnóstico de alta fué el de proceso catarral respiratorio, todos ellos correspondieron a formas que simulaban otras afecciones. Así, por ejemplo, en muchos de ellos, al ingreso se anotó: E.I. Obs. tifoidea, enfermedad reumática, etc. A este respecto cabe señalar que los procesos gripales complicados de adenoiditis, frecuentemente dan fiebre prolongada y si, secundariamente, se acompañan de manifestaciones gastrointestinales, pueden hacer pensar en tifoidea. La obstrucción nasal y el catarro que cae desde el rinofárinx a la faringe deben, sin embargo, hacer sospechar la existencia de adenoiditis.

La gripe no acompañada de catarro (primero a segundo día), también ofrece dificultades de interpretación en un comienzo. No obstante, su diagnóstico se hace posteriormente fácil y de ahí que no figure en esta casuística.

Gastroenteritis aguda: de los 19 casos hospitalizados con el diagnóstico de E.I., sólo diremos que se trataba de formas graves, con fiebre alta, compromiso del estado general, etc., y que, en su mayor parte, al ingreso hicieron pensar en tifoidea.

Tuberculosis: ocupó un lugar que, en la práctica es, evidentemente, mucho más importante que el aquí señalado⁵. Ello se debió, en gran parte, a que en el Servicio es usual practicar una radioscopia de tórax al ingreso y las pruebas de tuberculina se solicitan, a menudo, antes de decidir la hospitalización. Sin estos dos auxiliares, es evidente que habrían sido muchos los casos de TBC que se habrían interpretado como "E.I.". Dentro de nuestro material, de los 11 casos ingresados por E.I. y cuyo diagnóstico de alta fué complejo 1º TBC, en 8 no se hizo radioscopia de tórax al ingreso y, en los 3 restantes, ésta se interpretó como normal. Tuberculina se practicó en uno de los 11 casos y éste (un escolar), no fué visto a rayos. Cabe destacar que la falta de diagnóstico se debió a defecto de examen, de lo que deriva una enseñanza para el médico práctico, cual es la de utilizar todos los medios a su alcance para llegar a un diagnóstico preciso y sobre todo, antes de recurrir a los antibióticos.

Infecciones urinarias: resultaron relativamente poco frecuente en este material (8 casos). Es interesante señalar que, en

un caso (Obs. 50/3713), al ingreso se planteó la posibilidad de fiebre reumática y, en otro (Obs. 45/5183), la de tifoidea.

Enfermedad reumática: tuvo una frecuencia baja dentro de las hospitalizaciones por E.I.⁶⁻⁷. La explicación de este hecho, reside en parte, en que el presente material no incluye a los niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna durante los años 1944 a 1947, por cuanto durante ese periodo, no se llevó control de los diagnósticos de ingreso en aquel Servicio. A esto habría que agregar: 1) menor incidencia, dentro de la morbilidad general, de la enfermedad reumática en relación con la tifoidea y 2) los niños con enfermedad reumática, a menudo tienen 2, 3 o más hospitalizaciones, lo que hace que, en muchos casos, el diagnóstico esté hecho con anterioridad.

Hepatitis: 5 casos hospitalizados por E.I. resultaron ser hepatitis infecciosa⁸. Todos ellos se hospitalizaron en el período pre-ictérico.

Otitis media: hubo 3 casos. En los niños pequeños es sabido que puede dar un cuadro febril prolongado, debido a que el oído que supura, drena a través de la trompa (importancia de la otoscopia como examen de rutina, en todo niño febril). Esta confusión no es posible en los niños mayores por cuanto estos manifiestan el dolor y hacen llamar la atención del médico hacia el oído. En los niños mayores que sufren de otorrea crónica, la aparición de fiebre alta, suele ser la primera manifestación de una complicación venosa o meningea.

Sinusitis: la sinusitis del niño es diferente a la del adulto ya que el niño no es frecuente que acuse cefalea, aún en sinusitis agudas, con temperatura alta. En nuestros casos el diagnóstico sólo pudo hacerse por examen endonasal que reveló secreción purulenta, unilateral, a nivel del meato medio. La comprobación del diagnóstico se hace con radiografía que revela opacidad del etmoides y seno maxilar. Como es sabido, rara vez se compromete el seno frontal, por cuanto antes de los 10 años está poco desarrollado o no existe. La diafanoscopia tiene menos importancia en los niños, porque los senos son pequeños.

Desde el punto de vista del pediatra, puede sospechar una sinusitis, si el cua-

dro se inicia con los síntomas de resfriado, más secreción nasal unilateral y secreción sanguinolenta. Al examen físico, hay sensibilidad a la compresión de los senos, más intensa a un lado. El diagnóstico preciso de estos casos es de gran importancia, ya que al tratamiento general con antibióticos, debe agregarse el tratamiento nasal, a fin de obtener un buen drenaje.

Brucelosis: fué de escasa incidencia en esta casuística: 2 casos⁹. En uno de ellos (Obs. 49/6077), a su ingreso se planteó la posibilidad de una enfermedad reumática.

Coriomeningitis linfocitaria benigna: hubo 2 casos. En ambos, el diagnóstico definitivo se hizo por las características clínicas y del LCR.

Figuraron con un caso: leucemia aguda, mononucleosis infecciosa, púrpura anafilactoideo de Schenlein-Henoch, parotiditis, pleuritis mediastínica, shigelosis (Flexner), proceso expansivo intracraneano (inflamatorio).

COMENTARIO

Del análisis de este material nos parece que pueden destacarse algunos hechos que, si bien muy conocidos, conservan su importancia como para exponerlos aquí. Estos hechos guardan relación con algunas de las características de los E.I. en las distintas edades y con algunos síntomas y signos que, oportunamente pesquisados y valorizados, pueden permitir hacer un diagnóstico preciso que evite el uso indiscriminado de antibióticos, con sus múltiples inconvenientes (costo, creación de resistencia, sensibilización, ocultamiento del diagnóstico).

El diagnóstico de E.I. en los lactantes fué poco frecuente, porque en ellos se hace el diagnóstico de un trastorno nutricional agudo, debido a que éste es el aspecto que adoptan estos cuadros, especialmente la tifoidea. Cabría aquí recordar también que la mayoría de las enfermedades eruptivas se inician como un cuadro infeccioso indeterminado. En el niño mayor y en nuestro medio es preciso recalcar la importancia de la tifoidea y tuberculosis; a continuación las infecciones urinarias y la enfermedad reumática; esto, después de descartar las dos posibilidades que en nuestra muestra siguieron a la tifoidea (procesos catarrales respiratorios y gastrointestinales).

La dificultad diagnóstica de los E.I. estriba en el hecho de que no existen síntomas o signos patognomónicos. Sin embargo, a través del análisis de esta casuística se ha podido confirmar el hecho conocido de que hay algunos síntomas o signos que pueden servir de orientación para investigar de preferencia algunas posibilidades. Así, por ejemplo, la tifoidea en el lactante tiene las características de una sepsis, con frecuente reacción meníngea y convulsiones. En el niño mayor, la bronquitis, la hepatomegalia que es más precoz que la esplenomegalia, en un abdomen meteorizado y tenso. Cabría aquí señalar la necesidad de ser parco en plantear sistemáticamente el diagnóstico de tifoidea en un cuadro febril con manifestaciones gastrointestinales, por cuanto hemos visto que, a menudo, la gripe adopta estas características.

En los casos de tuberculosis pudimos comprobar como las reacciones de tuberculina siguen siendo el elemento fundamental del diagnóstico, seguidas del estudio radiológico. Fué esta la forma que permitió hacer el diagnóstico en aquellos casos de tuberculosis que se hospitalizaron como E.I. El diagnóstico de enfermedad reumática se formuló por la concomitancia de 2 signos mayores o 1 mayor y 2 menores^{10,11}.

Después de analizados nuestros casos y hechas las consideraciones que acabamos de exponer, creemos que se puede sacar la conclusión, en primer término, que en un gran número de casos la incertidumbre del diagnóstico pudo haberse aclarado dentro de 48 horas de observación, mediante un examen más completo, ayudado de tests simples al alcance del médico, como la prueba de tuberculina, frotis sanguíneo, sedimentación y, en segundo término que, en todos estos casos, el empleo de quimioterapia o antibióticos, sin diagnóstico preciso, significó sólo una terapéutica ciega que, en la inmensa mayoría fué inútil, cuando no, perjudicial.

Basados en lo anterior es que creemos pueda sugerirse una pauta para el médico práctico que comprenda los siguientes puntos:

1. Anamnesis y examen físico completos, con adecuada valorización de sus hallazgos (incluye otoscopia, fondo de ojo y tests simples de laboratorio al alcance del médico: examen de orina, prueba de

tuberculina, frotis sanguíneo y sedimentación).

2. Espera prudencial con prescripción de una terapéutica sintomática, sin indicar sulfonamidas o antibióticos hasta no tener un diagnóstico preciso que lo justifique.

3. En un período precoz, no solicitar la participación del Laboratorio con exámenes especiales cuyos resultados puedan ser dudosos y sin valor definitivo.

RESUMEN

Se analizan 290 observaciones correspondientes a niños hospitalizados con el diagnóstico de E.I. (1944-1956), en el Hospital "Luis Calvo Mackenna", con el objeto de: 1) estudiar las características clínicas más importantes que se relacionan con el diagnóstico de "E.I." y 2) intentar la creación de una pauta que sirva de guía al médico práctico en el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

Se consideraron como E.I., todos aquellos cuadros de evolución febril, no acompañados de síntomas o signos que permitieran formular un diagnóstico preciso.

En la primera infancia, el diagnóstico de E.I. fué poco frecuente, debido, probablemente, a que en esta edad adoptan, a menudo, las características de los trastornos nutritivos agudos. En la edad preescolar y escolar, el diagnóstico de E.I. se hizo con mayor frecuencia, siendo sus causas principales: la fiebre tifoidea, procesos catarrales respiratorios, gastroenteritis agudas, TBC, infecciones urinarias y enfermedad reumática.

Se hacen consideraciones sobre la frecuencia de los síntomas dados en la anamnesis y signos del examen físico de ingreso. Se encontró, a menudo, dolor abdominal, vómitos y diarrea en los procesos gripales; tos y fenómenos bronquiales, en la tifoidea. En general, en el examen físico de ingreso, hubo pobreza de signos.

En la mayoría de los casos en que se usó antibióticos antes de consultar en el Hospital, fué el fracaso de esta terapia lo que llevó a recurrir a él para su hospitalización.

La alta frecuencia de la tifoidea se explicaría por la gran incidencia de las fiebres entéricas, por tratarse de una muestra seleccionada reducida a la clientela del Hospital y, dentro de ella, sólo a los

enfermos hospitalizados y, porque la tifoidea se inicia, frecuentemente, con los caracteres de un estado infeccioso indeterminado.

Se concluye, en primer término, que en gran número de los casos, la incertidumbre del diagnóstico pudo haberse aclarado precozmente mediante un examen más completo, ayudado de tests simples de laboratorio (reacción de tuberculina, frotis sanguíneo, sedimentación, etc.).

Finalmente se sugiere una pauta recomendable para el médico práctico, basada en los siguientes puntos:

1º Anamnesis y examen físico completos, con adecuada valorización de sus hallazgos;

2º Espera prudencial, con terapia sintomática; y

3º Solicitar oportuna y no precozmente, la ayuda del Laboratorio.

SUMMARY

ANALYTIC STUDY OF 290 PATIENTS HOSPITALIZED WITH THE DIAGNOSIS OF "FEVER OF UNKNOWN ORIGIN".

290 histories of patients hospitalized between 1944-1956 in the "Luis Calvo Mackenna" Hospital with the diagnosis of F.U.O., are analyzed, trying to study: 1) The most important clinical features in relation with the diagnosis of F.U.O. and 2) to make a guide to the practitioner for the diagnosis and treatment.

They are considered as F.U.O. all the diseases with no typical symptoms or signs that may help in the diagnosis.

In infancy, the diagnosis of F.U.O. was rare, with probably because at this age the clinical signs were mistaken with acute gastro-intestinal infections. In childhood, the diagnosis of F.U.O. was more frequent, being their main causes: typhoid fever, upper respiratory infections, acute gastro-intestinal tract infections, Tb, urinary infections and rheumatic fever.

Some considerations are made on the frequency of symptoms and signs found on admission. Abdominal pain, vomitings

and diarrhea often were found in grippe; cough and bronchio signs in typhoid fever. In general, the physical examination on admission was very poor in signs.

In almost all the cases in which antibiotics were used before they came to the hospital, because of their failure they were hospitalized.

The great number of patients with typhoid fever is explained because of the great incidence of this disease in general population who come to the hospital for treatment.

We conclude, in the first place, that in a great number of cases the diagnosis could be done without delay if the physical examination would be more accurate and compleated with simple laboratory tests (tuberculin reaction, white blood cells count, sedimentation rate, etc.).

Finally a guide for the practitioner is recommended, based on the following points:

1) Complete history and physical examination;

2) Start at the begining with symptomatic treatment only; and

3) Get the laboratory help after the clinical signs are evaluated.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ALDUNATE, R. — "Leucemia aguda en el niño". Rev. Chilena de Ped. 9:657, 1938.
- 2.—MENEGBELLO, J. y HASBUN, J. — "Significado clínico y frecuencia de los síntomas principales en la fiebre tifoidea del niño". Rev. Chilena de Ped. 10: 418, 1939.
- 3.—GARCES, C. y PRADO, E. — "Bases y programa para el control de la fiebre tifoidea, con especial referencia a la ciudad de Santiago". Rev. Chilena de Ped. 17:809, 1946.
- 4.—MENEGBELLO, J. y col. — "Análisis clínico-estadístico de 159 casos de fiebre tifoidea en niños, en un medio hospitalario". Rev. Chilena de Ped. 19:767, 1948.
- 5.—PENA, J. y MENEGBELLO, J. — "Consideraciones sobre la tuberculosis infantil en Chile". Rev. Chilena de Ped. 9:57, 1938.
- 6.—CIENFUEGOS, E. — "Enfermedad reumática en la infancia". Rev. Chilena de Ped. 13:228, 1942.
- 7.—SYMOM, J. y DUFFAU, G. — "Epidemiología y evolución de la enfermedad reumática". Rev. Chilena de Ped. 13:237, 1942.
- 8.—NIEMEYER, H.; DANUS, O. y UNDURRAGA, O. — "Hepatitis aguda en el niño". Rev. Chilena de Ped. 24:82, 1953.
- 9.—ROSS, G. — "Brucelosis en la infancia". Rev. Chilena de Ped. 22:525, 1951.
- 10.—JONES, D. — "The diagnosis of rheumatic fever". J.A.M.A. 126:481, 1944.
- 11.—FLOYD, W. y col. — "Prevention of rheumatic fever. Treatment of the preceding streptococcal infection". J.A.M.A. 143:151, 1950.