

# Salmonelosis no tifoidea y otras infecciones por Samonella



Gema Sabrido Bermúdez (R2 pediatría HGUA)  
Tutora: M<sup>a</sup> Carmen Vicent Castello (Adjunto Lactantes)

3 de junio 2015

# Índice

Salmonella

Fiebre tifoidea

Salmonelosis no tifoidea

Prevención

# Salmonella

- Principal causa de muerte en muchas partes del Mundo, sobretodo en países subdesarrollados
- Agente etiológico de múltiples enfermedades: gastroenteritis, fiebre tifoidea, bacteriemia, meningitis, osteomielitis, artritis séptica
- La salmonelosis no tifoidea es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más comunes y ampliamente extendidas
- En la actualidad representan un problema de salud pública dada la aparición de cepas de Salmonella resistentes a ciertos antimicrobianos

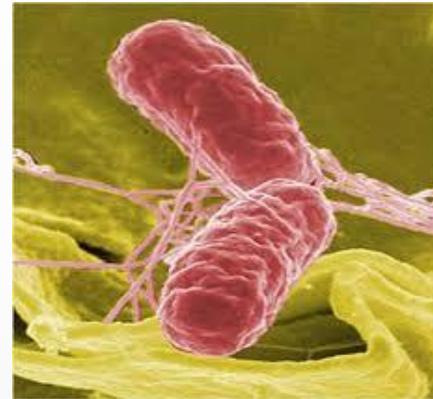
# Salmonella

Bacilo Gram –, familia enterobacterias, genero Salmonella

2 especies: S. Enterica y S. Bongori

Varias subespecies y serotipos

- S. Enteritidis
- S. Typhimurium
- S. Typhi
- S. Paratyphi
- S. Choleraesuis



# Salmonella

## Factores de riesgo

Acidosis

Inmunodeficiencias

Afectación del sistema reticuloendotelial

Anemia falciforme

Asociación malaria-salmonella

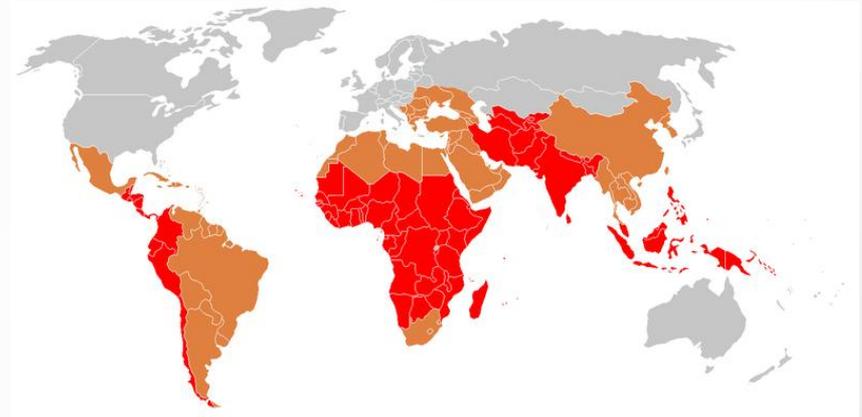
Menores de 3 meses

Serotipos con mayor virulencias S. Typhi, Paratyphi, S. Choleraesuis

# Fiebre tifoidea

## Etiologia

S. Typhi S. Paratyphi



## Epidemiologia

Sur y sureste asiático, sur de África y centro américa

Europa: inmigrantes y viajes a zonas de alta prevalencia

Enfermedad de declaración obligatoria (EDO) en nuestro país

# Fiebre tifoidea

## Fuentes de contacto

Feco-oral

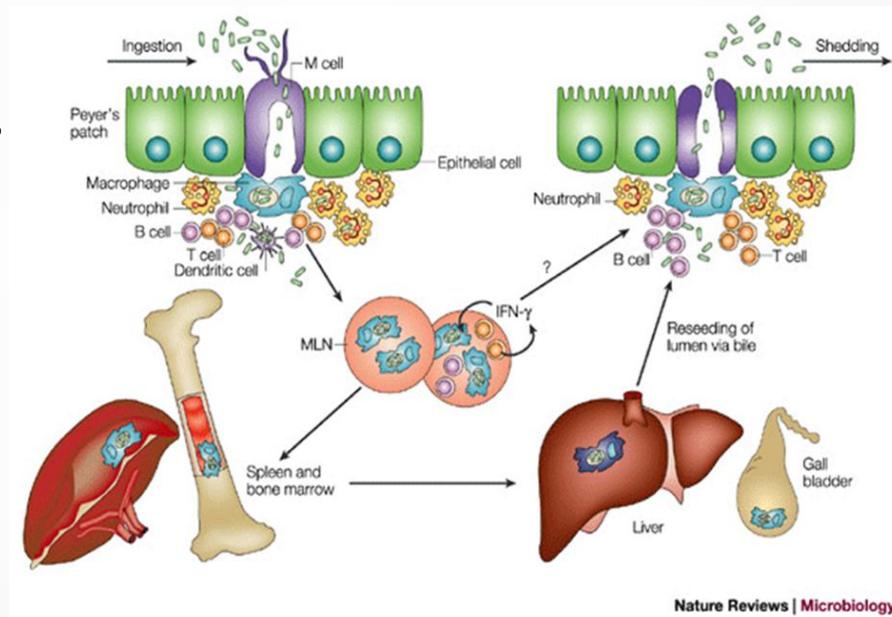
Contacto con enfermos o portadores asintomáticos

Alimentos y agua contaminada

Reservorio humanos

Incubación 7-14 días

Patogenia



# Fiebre tifoidea

## Clínica

- Primera semana: fiebre (40°C) acompañado de cefalea, malestar general, mialgias, dolor abdominal y diarrea en “puré de guisantes” o estreñimiento
- Segunda semana: persiste fiebre, cefalea, alteración nivel conciencia

## Exploración física

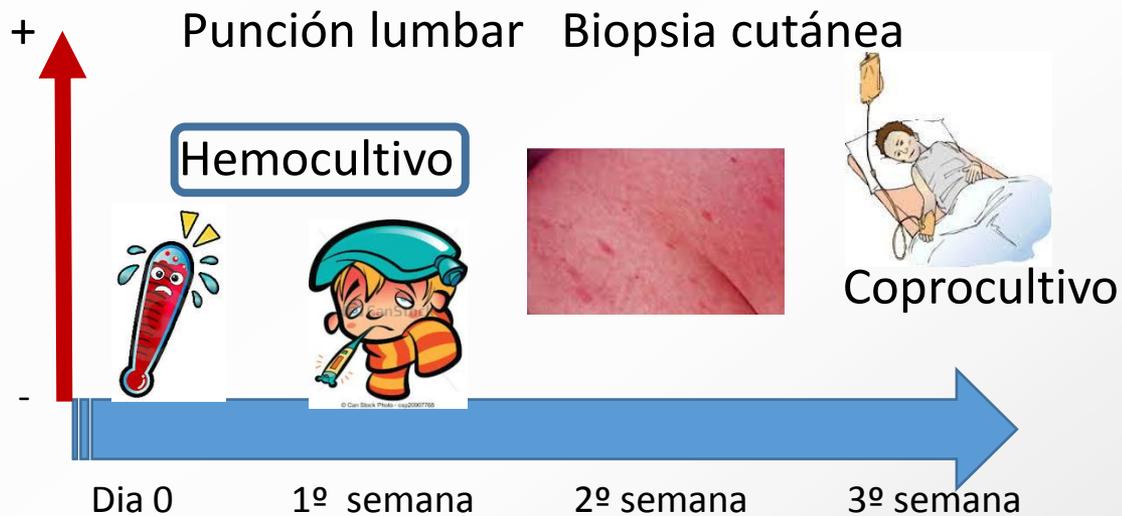
- Bradicardia
- Hepatoesplenomegalia
- “Roseola tifoidea”: exantema maculopapuloso asalmonado (predominio en tronco) que cursa en brotes y persiste 2-3 días



# Fiebre tifoidea

## Diagnóstico

Analítica => Anemia, Leucopenia, aumento enzimas hepáticas



# Fiebre tifoidea

## Tratamiento

### En pediatría

#### Zonas de baja resistencia

Amoxicilina (100 mg/kg) VO 10-14 días

TMP-SMX (8-12mg/kg trimetoprim/40- 60 mg/kg sulfametoxazol VO 10-14 días

#### Zonas de alta resistencia

Azitromicina (10-20 mg/kg) 7 dias o cefixima (20 mg/kg) VO 10-14 días

Cefotaxima (150-200mg/kg) IV o ceftriaxona (100 mg/kg)IM 10-14 días

Medicine. 2010;10(52):3497-501

#### **Pautas antibióticas más habituales del tratamiento de la fiebre tifoidea**

##### **Pautas de elección**

Adultos: ciprofloxacino 500 mg por vía oral cada 12 horas durante 10 días

Mujer embarazada: amoxicilina 1 g por vía oral cada 4-6 horas durante 14 días

##### **Pautas alternativas**

Ceftriaxona: 2 g por vía intravenosa o intramuscular cada 24 horas durante 10-14 días

Cefixima: 400 mg por vía oral cada 24 horas durante 10-14 días

Amoxicilina: 1 g por vía oral cada 4-6 horas durante 14 días

Cotrimoxazol: 160/800 mg por vía oral cada 12 horas durante 14 días

Azitromicina: 1 g por vía oral cada 24 horas durante 5 días.

##### **Pautas de tratamiento del estado de portador crónico**

Ciprofloxacino: 750 mg por vía oral cada 12 horas durante 4-6 semanas

Amoxicilina: 1 g por vía oral cada 6 horas durante 4-6 semanas

# Fiebre tifoidea

## Complicaciones

Perforación intestinal

CID

Abscesos esplénicos o hepáticos

Osteomielitis

Meningitis

Portador asintomático 2%



## Pronóstico

Mortalidad 15-30% en países subdesarrollados. 1% en Países desarrollados

# Fiebre tifoidea

## Seguimiento

Realizar 3 coprocultivos control



Coprocultivo negativo (x3) => Ausencia enfermedad  
Coprocultivo positivo al año => Portador asintomático



Tratamiento

ciprofloxacino 4 semanas / Amoxicilina 6 semanas / TMP-SMX 3 meses



coprocultivo 6 meses después

# Salmonelosis no tifoidea

## Etiología

S. Enteritidis S. Typhimurium

## Epidemiología

Endémica en Sub-Sahara africana

Causa frecuente de toxiinfección alimentaria

Una de las primera causas de gastroenteritis bacteriana en niños

Un caso de esta enfermedad no requiere declaración. Se considera alerta en Salud Pública un brote epidémico o agrupación inusual de 2 o más casos de esta enfermedad

# Salmonelosis no tifoidea

## Fuentes de contacto

### Reservorio de animales

Gallinas

Cerdos

Tortugas

Iguanas

Anfibios

Reptiles

Feco-oral

Alimentos contaminados



Periodo de incubación 6-72 horas

# Salmonelosis no tifoidea

## Clínica

Diarrea inflamatoria (con sangre o moco, tenesmos)

Dolor abdominal

Fiebre

## Diagnóstico

Coprocultivo

Hemocultivo

# Salmonelosis no tifoidea

## Tratamiento

### Tratamiento sintomático

#### Antibioterapia

Baja resistencia bacteriana

Amoxicilina o TMP-SMX vo 7-10 días

Alta resistencia bacteriana

Azitromicina vo 7 días o cefixima vo 7-10 días

Cefotaxima iv o ceftriaxona im 7-10 días

Indicaciones de tratamiento antibiótico vía parenteral

Imposibilidad para usar la vía oral

Bacteriemia

Menores de 3 meses con fiebre o sospecha de sepsis

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
Gastroenteritis aguda en el niño  
Guía multidisciplinaria  
SEGNHP-SEIP  
2010

Antibióticos en la gastroenteritis por <i>Salmonella</i>	Nivel de evidencia y grado recomendación
No se recomienda el uso de antibióticos en la GEA por <i>Salmonella</i> porque puede inducir un estado de portador sano	I-A
Se sugiere su uso en niños de alto riesgo, para reducir la posibilidad de bacteriemia e infección extraintestinal. Se incluyen niños con: deficiencia inmune subyacente, asplenia anatómica o funcional, tratamiento con corticoides o terapia inmunosupresora, enfermedad inflamatoria intestinal o aclorhidria, y neonatos o lactantes menores de 3 meses	Vb-D

# Salmonelosis no tifoidea

Menores 3 meses

Diarrea y buen estado general → Ingreso + Hemocultivo + Antibioterapia IV



Positivo

Negativo

Punción lumbar  
+  
Antibiótoterapia IV

Antibiótoterapia IV

Diarrea y mal estado general → Ingreso + Hemocultivo + Punción lumbar + Antibioterapia IV

# Salmonelosis no tifoidea

Mayor de 3 meses

- Diarrea y buen estado general → Tratamiento sintomático
- Diarrea y mal estado general → Ingreso + Hemocultivo + Antibioterapia IV
- Diarrea y factores de riesgo → Hemocultivo + → Antibioterapia IV
- Hemocultivo - → Antibioterapia VO



# Salmonelosis no tifoidea

## Complicaciones

Bacteriemia	→	Antibioterapia 10-14 días
Meningitis	→	Antibioterapia 21 días
Osteomielitis	→	Antibioterapia 4-6 semanas
Artritis sépticas	→	
Portador asintomático		5 %

## Pronóstico

Peor pronóstico en países subdesarrollados y en pacientes con factores de riesgo para infección diseminada

# Salmonelosis no tifoidea

## Seguimiento

- No se recomienda la realización de cultivos de heces en el seguimiento de una gastroenteritis por salmonella no complicada en pacientes inmunocompetentes
- La erradicación del germen en un portador crónico estaría indicado tan solo en inmunodeprimidos o en contacto con inmunodeprimidos



Protocolo de Vigilancia y Alerta de SALMONELOSIS

SVEA

### PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE SALMONELOSIS Salmonella spp. distinta de S. Typhi y S. Paratyphi)

Actualizado a julio de 2012

Se debe excluir de forma temporal de su trabajo a las personas con diarrea que manipulen alimentos o se encarguen del cuidado directo de niños, ancianos, pacientes inmunocomprometidos e institucionalizados hasta la resolución de la misma. Se debería valorar la exclusión de aquellos individuos cuyo cumplimiento de los hábitos higiénicos sea cuestionable, especialmente si son portadores. Cuando la exclusión está indicada, la vuelta a trabajos en los que se manipulen alimentos o en centros considerados de mayor riesgo para la infección (en general todos aquellos que presten atención a personas con necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria) debería ser al menos 48 horas después del cese de la diarrea y se debería comprobar la ausencia de Salmonella en dos coprocultivos consecutivos, recogidos con un intervalo mínimo de 24 horas. Si se han administrado antibióticos el primer cultivo debería recogerse como mínimo 48 horas después de la última dosis de tratamiento.

Pediatrics in Review Vol.34 No.9 September 2013

#### Infection control

9. Young children with enteric fever (*Salmonella Typhi* and *Salmonella Paratyphi*) should be kept out of child daycare centers until they have at least 3 consecutive negative stool culture results.
10. Infants and children with nontyphoidal *Salmonella* gastroenteritis can return to child daycare center once diarrhea has subsided.

# Prevención

- Medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria, adecuada cocción de los alimentos, evitar huevos y carne cruda
- Lavado de manos
- Supervisar atentamente el contacto entre lactantes y niños con factores de riesgo con animales portadores de Salmonella (gallinas, tortugas, etc.)
- Exclusión escolar de los niños diagnosticados hasta 24-48 horas sin síntomas



# Prevención

## Vacunas

Oral (bacterias vivas atenuadas) “Vivotif”

>6 años

4 dosis ( al menos dos semana antes de la exposición (día 0-2-4-6)

Repetir cada 3 años si exposición continua

IM (polisacáridos capsulares) “Thyfim Vi”

>2 años

1 dosis (al menos tres semanas antes de exposición)

Repetir cada 3 años si exposición continua

I have salmonella.

Wash your hands.