



Universidad del Sureste



Escuela de Medicina

Presentan

José Lenin Quiñones López

6to semestre, grupo "B"

Docente:

DR. Gerardo Cancino Gordillo

Materia:

Enfermedades Infecciosas

Comitán de Domínguez, Chiapas, 07/07/2020

ÍNDICE

INTRODUCCION	4
INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO	6
DIAGRAMA TUBERCULOSIS	7
MAPA: BRONQUITIS AGUDA.....	8
INFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO.....	9
HISTORIA NATURAL DE SALLMONELLA TYPHI.....	10
INFECCIONES DE PARTES BLANDAS	11
HISTORIA NATURAL DE GANGRENA.....	12
HISTROIA NATURAL DE MORDEDURA DE ANIMAL	13
HISTORIA NATURAL DE FASCITIS.....	14
HISTORIA NATURAL DE CELULITIS	15
HISTORIA NATURAL DE LA MENINGITIS.....	17
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	19
HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD GONOCÓCICA	20
HISTORIA NATURAL DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS	21
HISTORIA NATURAL DE CHANCRO	22
HISTORIA NATURAL DEL HERPES.....	23
INFECCIONES Y PROFECIONES:.....	24
HISTORIA NATURAL DE BRUCELOSIS.....	25
RICKETTSIOSIS Y FIEBRE	26
HISTORIA NATURAL DE FIEBRE MANCHADA DE LA S MONTAÑAS ROCOSAS.....	27
VÍRUS.....	28

HISTORIA NATURAL DE HEPATITIS	29
HISTORIA NATURAL DEL VIH	30
CUADRO DIFERENCIAL DE ZIKA, DENGUE Y CHINKUNGUYA	31
INFECCIONES MITOTICAS	36
CASOS CLÍNICOS.....	41
CASO CLINICO: RABIA HUMANA.....	42
CASO CLINICO 2: CELULITIS	43
CASO CLINICO 3 MENINGITIS BACTERIANA.....	44
CASO CLINICO 4 TETANOS	45
CASO CLINICO 5: ENCEFALITIS.....	46

INTRODUCCION

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre.

Tras la inoculación de algún agente patógeno infeccioso, el proceso puede permanecer localizado a una cierta área, y crear un estado inflamatorio —así se originan los abscesos agudos o crónicos— o una fase de generalización que determina lo que propiamente se conoce con el nombre de infección. Las vías de entrada de las infecciones generales, reconocidas de manera indiscutible, son los aparatos respiratorio y digestivo, la piel o las mucosas; por lo común, cada agente infeccioso prefiere una puerta de entrada y ocasiona allí mismo manifestaciones, aun cuando no siempre acontece así, tales como los casos del bacilo tuberculoso y del meningococo.

Los caminos más usuales por los cuales se realiza la invasión están constituidos por las vías linfática, sanguínea y nerviosa; cuando el microorganismo penetra, necesita determinada virulencia para provocar daño, y la presencia misma puede ser inocua en ciertos casos; ya en el momento en que lesione al huésped, puede hacerlo por el número de elementos, esto es, su multiplicación enorme, o por las toxinas que produzca. La virulencia, pues, resulta de dos factores distintos: la acción vital del agente y los trastornos que señala su extraordinaria reproducción, y la elaboración por él de secreciones tóxicas o toxinas. La septicemia será motivo del primer hecho; la toxemia, del segundo, y ejemplos son la toxemia, el tétanos y la difteria.

Un mismo agente puede provocar distintas reacciones clínicas, y agentes patógenos varios pueden generar idénticas manifestaciones clínicas, al menos en apariencia. La manera en que un sujeto responde al agente infeccioso depende de su pasado inmunitario, su constitución y ambiente: hábitat. La influencia del terreno es decisiva: propio de los tejidos es reaccionar y luchar por la curación, en relación directamente proporcional con el estado de nutrición que conciben. La fatiga, el hacinamiento y la alimentación deficiente contribuyen como factores desencadenantes al progreso de la infección. Así como existen condiciones que protegen contra infección, un estado de menor resistencia a los agentes la propicia. Considérese, en resumen, que el agente es un agresor que invade los tejidos, que el cuerpo humano moviliza sus defensas, que el médico —en el papel de actor— es un combatiente cuya meta estriba en conquistar o dominar la infección. El manejo de las infecciones implica profilaxis, reconocimiento temprano de ellas, y suministro de una terapéutica adecuada.

Se han establecido cuatro grupos de agentes patógenos agresores: bacterias, hongos, virus y rickettsias.

Las bacterias son un grupo de microorganismos unicelulares, procariotas que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros (por lo general entre 0,5 y 5 μm de longitud) y diversas formas, incluyendo esferas (cocos), barras (bacilos), filamentos, curvados (vibrios) y helicoidales (espirilos y espiroquetas).

Los hongos; es un organismo eucariota que pertenece al reino Fungi. Los hongos forman un grupo polifilético (no existe un antepasado común a todos los miembros) y son parásitos o viven sobre materias orgánicas en descomposición. Las paredes celulares de los hongos están formadas por quitina.

Los virus; es un agente infeccioso microscópico acelular que solo puede reproducirse dentro de las células de otros organismos. Los virus están constituidos por genes que contienen ácidos nucleicos que forman moléculas largas de ADN o ARN

Las rickettsias; es un género de bacterias que pertenece a la familia Rickettsiaceae. Las rickettsias son bacterias, muy pequeñas, Gram-negativas y no forman esporas. Son altamente pleomórficas pues se pueden presentar como cocos, bacilos o hilos.

En este trabajo hablaremos sobre las patologías infecciosas más comunes en nuestro ambiente así como las menos infrecuentes con el fin de conocer mejor la función de ciertos microorganismos, aprenderemos cuáles son sus principales agentes, y sus características morfológicas como patógenas, principalmente conoceremos el cuadro clínico de cada una de ellas para poder realizar un mejor diagnóstico, conocer sus métodos de diagnóstico y su tratamiento todo esto resumido en historias naturales, mapas y casos clínicos, esto con el fin de tener un mejor aprendizaje de la materia y las patologías vistas durante todo el semestre.



INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

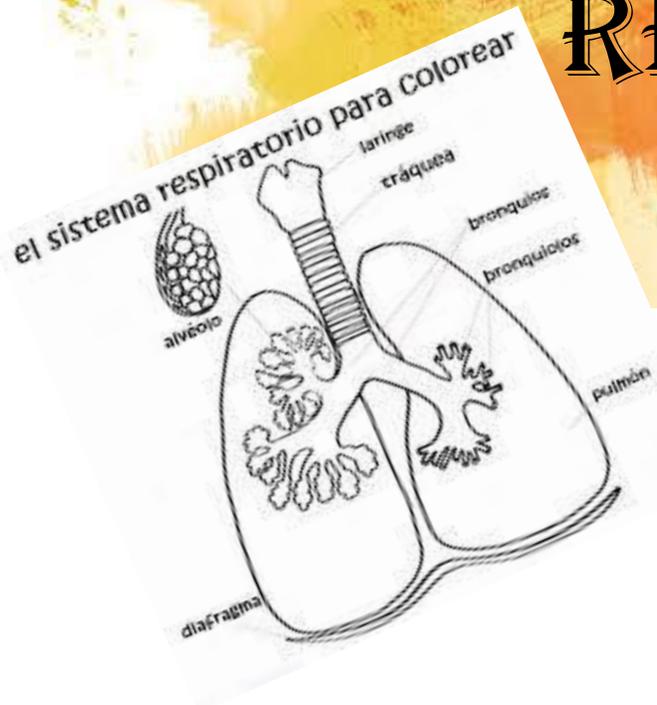
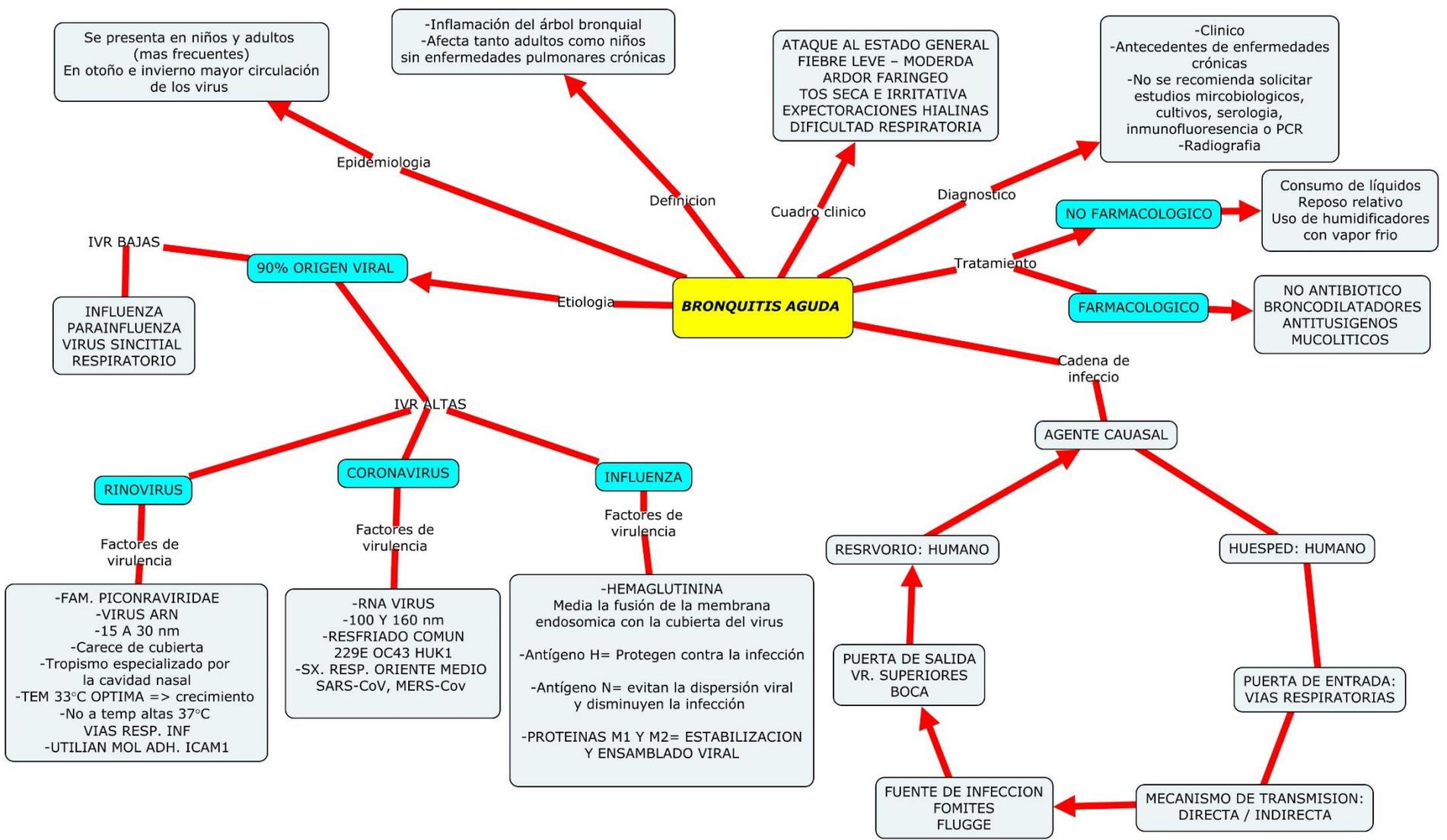
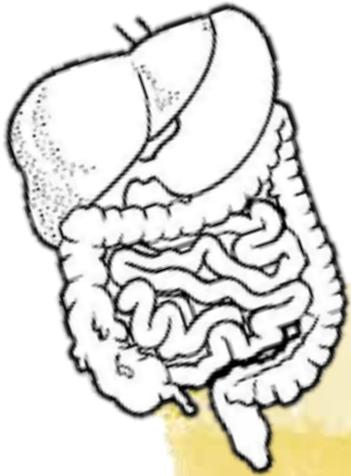


DIAGRAMA TUBERCULOSIS

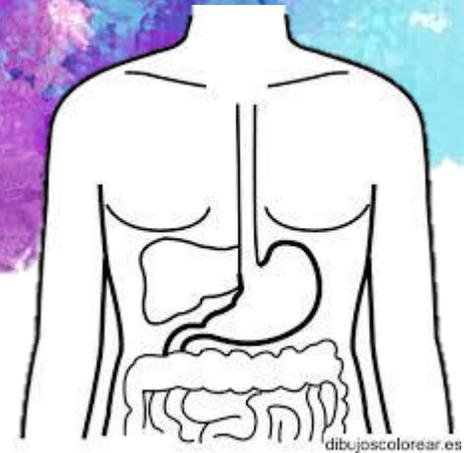


MAPA: BRONQUITIS AGUDA





INFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO



HISTORIA NATURAL DE SALLMONELLA TYPHI

Definición: Es una infección que causa diarrea y una erupción cutánea

* Agente.- <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">Salmonella typhi</div>		Etapa Clínica				
		Signos y síntomas inespecíficos.- escalofríos debilidad, anorexias, cefalea, dolor de garganta, mareos, mialgias, tos	Síntomas específicos.- fiebre 38-40°C,	Complicaciones.- dolor abdominal, anorexias	Secuelas.- pancreatitis, miocarditis	Muerte.- muerte
* Huésped.- <div style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">HUMANOS</div>		Etapa subclínica				
		La Salmonella es una bacteria Gram-negativa, siendo la S. Typhi la más común, generalmente móviles por flagelos peritricos (excepto S. Gallinarum), anaerobios facultativos no encapsulados y no esporulados. La diferenciación entre las especies y subespecies se realiza tomando en cuenta diferentes propiedades bioquímicas. Se trasmite entre seres humanos por vía fecal-oral cuando la comida o el agua están contaminadas con heces de individuos infectados.				
* Medio ambiente.- agua y alimentos contaminados sanidad deficiente, clima, población elevada		Periodo patogénico				
		Prevencción secundaria			Prevencción terciaria	
Periodo prepatogénico		Prevencción primaria			Prevencción terciaria	
Promoción de la salud.- Sensibilizar a la población sobre el riesgo que existe de contagiarse con la enfermedad por una mala higiene personal y al preparar y manipular	Protección específica.- se basa principalmente en el diagnóstico oportuno de la enfermedad por medio de pruebas de laboratorio para detectarla	Diagnóstico: Hemocultivo: El Hemocultivo es fundamental para el diagnóstico en el periodo de invasión. En la primera semana de enfermedad el 85-90% de resultados son positivos. Coprocultivo: La fiebre tifoidea no siempre se acompaña de diarrea	Tratamiento: Antibióticos como la ampicilina, cloranfenicol, trimetoprim-sulfametoxazol y ciprofloxacina han sido comúnmente usados para tratar la fiebre tifoidea en los países desarrollados reduciendo la tasa de mortalidad al 1% de los casos	Rehabilitación.- La enfermedad puede evolucionar a la curación en 2 semanas o prolongarse con localizaciones focales a partir de la quinta semana		



INFECCIONES DE PARTES BLANDAS



HISTORIA NATURAL DE GANGRENA

Definición; es una infección potencialmente mortal del tejido muscular,

<p>* Agente.-</p> <p>Helicobacter pylori</p> <p>* Huésped.-</p> <p>Humano</p> <p>* Medio ambiente.-</p> <p>T°, Nivel socioeconómico, Costumbres</p>	<p>Etapa Clínica</p>			
	<p>Signos y síntomas:</p> <p>Malestar gral Fiebre Dolor sordo Frío en zona afectada Tejido seco Piel delgada y brillante</p>	<p>Complicaciones:</p> <p>Mal cicatrización Amputación Sepsis</p>	<p>Secuelas:</p> <p>Inmovilidad Dependencia</p>	<p>Muerte</p>
	<p>Etapa subclínica</p> <p>Helicobacter pylori (H. pylori) es una bacteria Gram negativa de forma espirilada o helicoidal, microaerofílica, que presenta de dos a seis flagelos, lo que le da gran movilidad, El tamaño del genoma de H. pylori es pequeño, de 1.6 Mb, y la composición promedio de G + C es de 39%. H. pylori es el primer microorganismo al que se le ha determinado la secuencia de nucleótidos del genoma de dos cepas, la cepa de H. pylori 26695; La ureasa es la enzima más abundante producida por H. pylori</p>			
<p>Periodo prepatogénico</p> <p>Prevención primaria</p> <p>Informar Educación para la población Lavado de manos Higiene Evitar heridas en diabéticos Lavar heridas</p>	<p>Periodo patogénico</p> <p>Prevención secundaria</p> <p>BH QS Tiempos de coagulación Cultivo de tejidos ATB</p>		<p>Prevención terciaria</p> <p>BH Rehabilitación física y psicológica Vendaje Prótesis</p>	

HISTORIA NATURAL DE MORDEDURA DE ANIMAL

Etapa Clínica

<p>Agente:</p> <p>Pasteurella, Bergeyella, Staphylococcus, Escherichia</p>	<p>Dolor</p> <p>Calor</p> <p>Rubor</p> <p>Fiebre</p> <p>Malestar general</p>	<p>Complicaciones:</p> <p>Fase neurológica aguda</p>	<p>Complicaciones más severas</p> <p>Coma</p>	<p>Muerte</p>
<p>Huesped:</p> <p>Mamíferos</p>				
<p>Medio:</p> <p>Animales</p>	<p>En el género Pasteurella se incluyen en la actualidad 20 especies que son, fundamentalmente, microorganismos patógenos de animales y que en ocasiones causan infecciones en el hombre. La mayoría de éstas están producidas por Pasteurella multocida, aunque también, con menor frecuencia, pueden afectar al hombre, Pasteurella canis, Pasteurella stomatis y Pasteurella dagmatis.</p>			
<p>Prevención Primaria</p> <p>Informar</p> <p>Educación para la población</p> <p>Lavado de manos</p> <p>Higiene</p> <p>Enfatizar en los cuidados de animales</p>		<p>Prevención Secundaria</p> <p>Vacunación antitetánica y antirrábica</p>		<p>Prevención Terciaria</p> <p>Lavado de herida con agua y jabón</p> <p>ATB</p>

HISTORIA NATURAL DE FASCITIS

Definición: Es una infección que causa diarrea y una erupción cutánea

<p>* Agente.-</p> <p>staphylococcus</p> <p>* Huésped.-</p> <p>HUMANOS</p> <p>* Medio ambiente.-</p> <p>Tener un mal habito de higiene, hacinamiento</p>	Etapa Clínica				
	Signos y síntomas inespecíficos.-	Síntomas específicos.-	Complicaciones.-	Secuelas.-	Muerte.-
	escalofríos debilidad, , cefalea, dolor, mareos, mialgias, tos	fiebre 38-40°C,	Sepsis, choque septico	Lesión renal	muerte
Etapa subclínica					
El género Staphylococcus está formado por bacterias cocáceas grampositivas. Se agrupa junto con el género Micrococcus en la familia Micrococcaceae. La pared celular de la bacteria está constituida por peptidoglicano, cuyas cadenas laterales de aminoácidos se unen mediante puentes pentapeptídicos (que en S. aureus son de pentaglicina) y ácidos teicoicos.					
Periodo prepatogénico	Periodo patogénico				
Prevención primaria	Prevención secundaria			Prevención terciaria	
Reducir la exposición al agente Buena higiene Lavado de manos Educación a la población	Diagnostico precoz y tratamiento oportuno Control de síntomas como dolor y fiebre, Antibióticos IV. quirurgico			Rehabilitación.-	
				Hidratación, antibióticos, gentamicina, vancomicina	

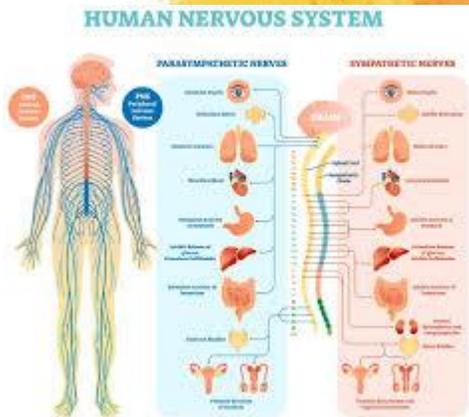
HISTORIA NATURAL DE CELULITIS

definicion: Tejido con acumulaci3n de grasa en los muslos, las caderas, las nalgas y el vientre.

<p>* Agente.-</p> <p>Staphylococcus, Streptococcus</p> <p>* Huésped.-</p> <p>humano, por la piel</p> <p>* Medio ambiente.-</p> <p>ambiente, saneamiento, poblacion</p>	Etapa Clínica		
	<p>SÍNTOMAS</p> <p>Fiebre Malestar general Dolor Calor Rubor</p>	<p>COMPLICACIONES</p> <p>Ulceras Sangrados estomacales Cáncer de est3mago</p>	<p>MUERTE</p>
	Etapa subclínica		
<p>El género Staphylococcus está formado por bacterias cocáceas grampositivas. Se agrupa junto con el género Micrococcus en la familia Micrococcaceae. La pared celular de la bacteria está constituida por peptidoglicano, cuyas cadenas laterales de aminoácidos se unen mediante puentes pentapeptídicos (que en S. aureus son de pentaélicina) v ácidos teicoicos.</p>			
Periodo prepatogénico	Periodo patogénico		
Prevención primaria	Prevención secundaria		Prevención terciaria
<p>Promoci3n a la salud Limpieza Prevenci3n Protecci3n específica Revisi3n médica Higiene de heridas</p>	<p>Dx clínico Ultrasonido Lavar herida Vendaje Crema antibacterial</p>		<p>Tx y seguimiento Higiene ATB</p>



INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO



HISTORIA NATURAL DE LA MENINGITIS

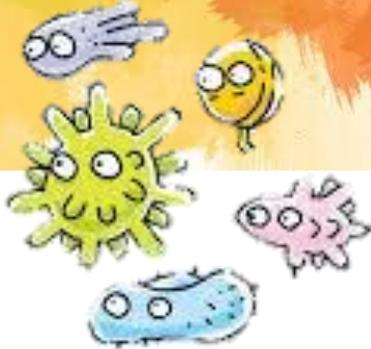
Definición: Consiste en la infección e inflamación de las meninges

<p>* Agente.- Neisseria meningitidis, estreptococos del grupo B</p> <p>* Huésped.- humanos (enfermos o portadores), menos frecuentemente animales salvajes y doméstico</p> <p>* Medio ambiente.- Hacinamiento (internados, cuarteles militares, residencias de estudiantes)</p>		Etapa Clínica				
		Signos y síntomas inespecíficos.- fiebre, decaimiento, dolor de cabeza intenso o llanto persistente en niños pequeños,	Síntomas específicos.- Inflamación en meninges y rigidez de nuca.	Complicaciones.- herpes labial o facial; equimosis y púrpura cutáneas	Secuelas.- agitación psicomotora y alteraciones de la conciencia (hasta el coma), convulsiones	Muerte.- MUERTE
		Etapa subclínica				
		Meningococos: 2-10 días; Hib: 2-4 días, virus: depende del género (entre varios días y 3 semanas); en caso de otros agentes etiológicos no es determinado precisamente (2-14 días). La tasa y el período de transmisibilidad dependen de la etiología: infectividad alta en las meningitis víricas, menor o baja en bacterianas.				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico				
Prevención primaria		Prevención secundaria			Prevención terciaria	
Promoción de la salud.- mantener un buen estado de salud mantener un buen estado de higiene bucal y personal mantener una	Protección específica.- Mantener un mejor hacinamiento	Diagnóstico: estabilizar el estado general del paciente y tomar muestras de sangre para cultivo (hemocultivos), Análisis general del LCR	Tratamiento: ceftriaxona iv. 2 g cada 12 h (o cefotaxima iv. 2-3 g cada 6 h) + vancomicina		Rehabilitación.- empezar la movilización pasiva y luego activa en la etapa temprana después de alcanzar el control del edema cerebral y disminuir los signos y síntomas de la hipertensión intracraneal	

HISTORIA NATURAL DE TETANOS

<p>* Agente.-</p> <p>Clostridium tetani</p>		<p>Etapa Clínica</p>			
<p>* Huésped.-</p> <p>humano</p>		<p>Signos y síntomas</p> <p>La rigidez general de la cabeza, seguida de dolor de cabeza y garganta, irritabilidad, escalofríos y dificultad para tragar y espasmos musculares</p>	<p>Complicaciones.-</p> <p>Causar fracturas de huesos largos y de la columna vertebral., producir rabdomiolisis</p>	<p>Secuelas.-</p> <p>Presenta daños neurológicos (parálisis cerebral y severo)</p>	<p>Muerte.-</p> <p>Produce la muerte en un 50% de los casos</p>
<p>* Medio ambiente.-</p> <p>Climas cálidos y aéreas rurales, en el estiércol y en la tierra de jardín,</p>		<p>Etapa subclínica</p> <p>Clostridium tetani, es un bacilo anaerobio estricto (obligado), Gram positivo, móvil, con una espora terminal de mayor diámetro, lo que le da la apariencia de una baqueta.</p>			
<p>Periodo prepatogénico</p>		<p>Periodo patogénico</p>			
<p>Prevención primaria</p>		<p>Prevención secundaria</p>		<p>Prevención terciaria</p>	
<p>Promoción de la salud.-</p> <p>Movilizaciones populares de información y con personal sanitario para hacer llegar la atención médica</p>	<p>Protección específica.-</p> <p>vacunación activa con el toxoide o con el antígeno tetánico</p>	<p>El diagnóstico se realiza basado en las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Los resultados de laboratorio, muestran cultivos positivos a Clostridium tetani en 30% - 50% de los casos.</p>	<p>El tratamiento puede abarcar:</p> <p>Antibióticos, incluyendo penicilina, clindamicina, eritromicina o metronidazol</p>		<p>Rehabilitación.-</p> <p>En la fase de convalecencia, de 3 a 6 semanas, la recuperación suele ser total, aunque requiere de intensa fisioterapia y de psicoterapia de apoyo.</p>

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL



HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD GONOCÓCICA

Concepto: Es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae* (o gonococo).

Periodo pre patogénico	Periodo Patogénico		
Factores del Huésped:  Factores del agente: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>  Factores del ambiente: 	<p><i>Periodo de incubación:</i></p> <p>SINTOMAS disuria, sensación de micción frecuente, Ardor al orinar, aparición de secreciones uretrales grisáceas, dolor o picazón en el pene testículos sensibles</p>	<p>COMPLICACIONES infección urinaria, abscesos, Problemas con la micción, salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infección gonocócica diseminada, embarazo ectópico</p>	<p>COMPLICACIONES infertilidad uretritis en hombres dolor pélvico crónico en mujeres</p> <p>MUERTE</p>
<p><i>Neisseria gonorrhoeae</i> tiene una afinidad por el tracto urinario haciendo uso de sus múltiples pili IV para adherirse a la pared celular del huésped. Se aísla con mayor frecuencia del cuello uterino y útero, a las glándulas de Bartholín y de Skene, las tubas uterinas y uretra en ambos sexos. Una vez adherida, la bacteria utiliza una porina llamada PI, con el fin de hacerse de nutrientes de la célula huésped. Los síntomas son causados por la reacción del cuerpo al lipopolisacárido (LPS) bacteriano. El mismo LPS ayuda a la supervivencia de la bacteria ya que bloquea la actividad del complemento al impedir la función de C5.</p>			

Niveles de Prevención

Prevención primaria		Prevención secundaria			Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Educación para una vida sexual segura Educación sexual para jóvenes Educación para la práctica segura de sexo oral Educación sexual para	<i>Uso de preservativos</i>	De cultivo: Agar de Thayer-Martin Agar sangre Agar chocolate Muestras de infección por clamidia	Embarazadas: Eritromicina 500 mg VO c/6 hrs por 7 días Ceftriaxona 125 mg IM dosis única Cefixima 400 mg VO dosis única mas tratamiento para chlamidia si no se descarta infección de esta bacteria Azitromicina 1mg VO dosis única	Abstinencia sexual Dar tratamiento a las personas con las que se tuvo contacto sexual	NO TIENE UNA EN ESECIFICO

HISTORIA NATURAL DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Concepto: Es una bacteria intracelular obligado que infecta sólo a humanos; causa tracoma y ceguera, infecciones óculogenitales y neumonías.

Periodo pre patogénico	Periodo Patogénico	
<p>Factores del Huésped:</p>  <p>Factores del agente: <i>Chlamydia trachomatis</i>.</p>  <p>Factores del ambiente:</p> 	<p><i>Periodo de incubación (7-21 días)</i></p> <p>Signos y síntomas La clamidia no presenta síntomas, por lo que puede no darse cuenta que la tiene.</p>	<p>en las mujeres incluyen: Flujo vaginal anormal, que puede tener un fuerte olor Sensación de ardor al orinar Dolor durante las relaciones sexuales</p> <p>en los hombres incluyen: Secreción del pene Sensación de ardor al orinar <i>Ornitosis</i></p> <p>Complicaciones En mujeres puede propagarse al útero y trompas de Falopio, causando enfermedad inflamatoria pélvica. Esto puede provocar dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico.</p> <p>Secuelas De no ser tratada adecuadamente puede dejar la *Enfermedad inflamatoria pélvica * La Infertilidad *La Afectación del epidídimo *Obstrucción en las trompas de Falopio</p> <p>Dos formas: a) Corpúsculos elementales (CE), forma infectiva, extracelular, incapaz de replicarse, y b) corpúsculos reticulados (CR), forma intracelular que se replica y transmite de persona a persona durante las relaciones sexuales o a partir de secreciones conjuntivales por contacto directo o indirecto (manos, moscas). Los CE son captados por células epiteliales y macrófagos, se convierten en CR y se dividen. Los CR se acumulan en células (inclusiones) y se transforman en CE que se diseminan a otras células. El proceso cursa con menor grado de inflamación, lo que se evidencia por un exudado más claro.</p>

Niveles de Prevención

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Rehabilitación
<p>Educación sanitaria Orientación sexual para evitar contactos Previsión de condiciones adecuadas con tu pareja Campañas en favor de las enfermedades de transmisión sexual Campañas en beneficio a la salud sexual</p>	<p>Abstención sexual Ser responsable Monógama Hacer uso adecuado de los métodos anticonceptivos Realizar con frecuencia chequeos médicos</p>	<p>Antecedentes de contacto Ausencia de responsabilidad Falta del uso de anticonceptivos Realizar exámenes de laboratorio contra las ETS ejemplo: • Pruebas de orina • Cultivo vaginal Detectar factores de riesgo Se puede detectar a simple vista Llevar acabo el tratamiento completo</p>	<p>Mantener vigilancia estrecha con el paciente Valoración de aparato sexual Inactivación sexual Reconocer cambios físicos</p>	<p>La infección por clamidia puede ser fácilmente tratada y curada con antibióticos Los tratamientos usados más frecuentemente son una dosis única del medicamento azitromicina o una semana de tratamiento con doxiciclina (dos veces al día). Todas las parejas sexuales deben ser evaluadas, hacerse las pruebas y</p>

HISTORIA NATURAL DE CHANCRO

DEFINICIÓN El chancro es una enfermedad bacterial que causa llagas o úlceras (piel abierta o lesiones en genitales pene o vagina)

Agente: Haemophilus ducreyi	SINTOMAS Las primeras manifestaciones de la infección aparecen de tres a cinco días después del contagio o contacto sexual.	Síntomas específico aparición de una úlcera blanda, acompañada de inflamación, dolor y en ocasiones de una	Consecuencia: Pueden aparecer fístulas y cicatrices en el prepucio	muerte
HUESPED: Humano				
Ambiente: multiples parejas sexuales sin protección, promiscuidad, estado economico	H. ducreyi es un bacilo extracelular facultativo, Gram negativo, de 1.2-1.5 micras de largo y 0.5 micras de ancho, con extremos redondeados y, por lo regular, son bacilos polimórficos que se agrupan en forma de banco de peces o cardumen.			

Prevención primaria		Niveles de Prevención			Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Educación para una vida sexual segura Educación sexual para jóvenes Educación para la práctica segura de sexo oral Educación sexual para	Uso de preservativos	De cultivo: Agar de Thayer-Martin Agar sangre Agar chocolate Muestras de infección por clamidia	Embarazadas: Eritromicina 500 mg VO c/6 hrs por 7 días Ceftriaxona 125 mg IM dosis única Cefixima 400 mg VO dosis única mas tratamiento para chlamidia si no se descarta infección de esta bacteria Azitromicina 1mg VO dosis única	Abstinencia sexual Dar tratamiento a las personas con las que se tuvo contacto sexual	NO TIENE UNA EN ESECIFICO

HISTORIA NATURAL DEL HERPES

Definición: Enfermedad inflamatoria de la piel, causada por un virus, que se caracteriza por la formación de pequeñas vesículas o ampollas transparentes que al secarse forman una costra.

<p>* Agente.-</p> <p>AGENTES: Biológicos causado por el virus del herpes simple</p> <p>* Huésped.-</p> <p>Se presenta principalmente en personas sexualmente activas</p> <p>* Medio ambiente.-</p> <p>Afecta a cualquier persona de cualquier estrato social.</p>		Etapa Clínica				
		Signos y síntomas inespecíficos.-	Síntomas específicos.-	Complicaciones.-	Secuelas.-	Muerte.-
		Reacción agente-huésped. Es una enfermedad de transmisión sexual.	Irritación, dolor, sensación de quemadura, dificultad al orinar	Infecciones de vías urinarias, depresión e incontinencia e incapacidad	Infertilidad, cáncer	Muerte; por desnutrición o alteración psicológica
		Etapa subclínica				
		La estructura de los virus del herpes consiste en un genoma de ADN lineal, bicatenario y relativamente grande encerrado dentro de una jaula de proteínas icosaédrica llamada cápside, que está envuelta en una bicapa lipídica llamada envoltura. El sobre se une a la cápside mediante un tegumento.				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico				
Prevención primaria		Prevención secundaria			Prevención terciaria	
Promoción de la salud.-	Protección específica.-	Diagnóstico y tratamiento oportuno.-	Limitación de la incapacidad.-		Rehabilitación.-	
Educación sexual Incremento de la comunicación de padres e hijos Prácticas de prevención de ETS	Información a padres e hijos sobre ETS • Evitar la promiscuidad sexual • Profilaxis	Exámenes serológicos, Reacción en cadena de polimerasas Tratamiento oportuno; Uso de antivirales, Aciclovir, famciclovir, balaciclovir	El herpes puede originar daños psicológicos y físicos al paciente Evitar la diseminación a otros órganos. La enfermedad se puede acortar si es tratada en las primeras 24 horas		Terapia psicológica debido a los daños emocionales • Terapia ocupacional, para reincorporarlas a su medio social	



INFECCIONES Y PROFESIONES:



HISTORIA NATURAL DE BRUCELOSIS

Definición: Enfermedad infecciosa del ganado caprino, vacuno y porcino que se transmite al hombre por la ingestión de sus productos, en especial los derivados lácteos; es de larga duración y se caracteriza por fiebres altas y cambios bruscos de temperatura.

<p>Agente B. abortus, B. melitensis, B. suis, B. ovis, B. canis, B. neotomae y B. microt</p> <p>Huésped</p> <p>Ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cocobacilos gramnegativos. ➤ Inmóviles. ➤ No esporulados. ➤ Aerobios estrictos. <p>Pueden presentar cápsula. Agrupados en parejas o cadenas cortas. Algunas especies requieren la presencia de CO₂. Oxidasa y Catalasa (+).</p> <p>Signos y síntomas inespecíficos: Fiebre, Escalofríos, Pérdida de apetito, Sudores, Debilidad, Fatiga, Dolor articular.</p> <p>Los signos y síntomas a largo plazo pueden ser fatiga, fiebre recurrente, artritis, endocarditis y espondilitis, tipo de artritis inflamatoria que afecta la columna.</p> <p>La brucelosis puede afectar prácticamente a cualquier parte del cuerpo, incluidos el aparato reproductor, el hígado, el corazón y el sistema nervioso</p>	<p>El control clínico de los pacientes durante y después del tratamiento, debe realizarse con el objetivo de verificar la remisión de los síntomas</p>
<p>Periodo de incubación: 1-3 semanas</p> <p>Entra al organismo- Se instalan en los ganglios linfáticos- Leucocitos polimorfonucleares fagocitan.</p> <p>Transportados a los ganglios regionales- Parte de la bacteria es destruida liberando material antigénico</p>		

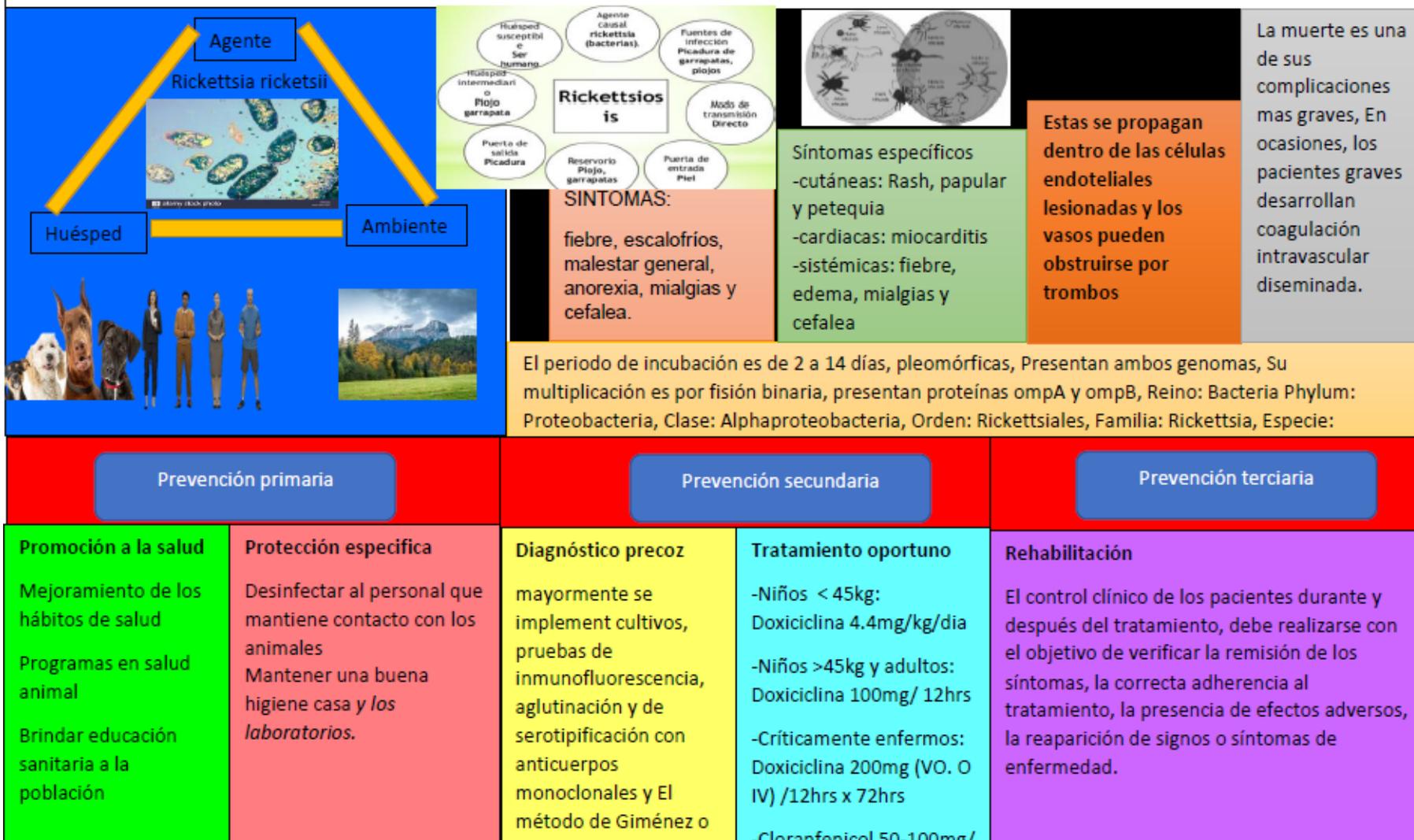
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
<p>Promoción a la salud</p> <p>Mejoramiento de los hábitos de salud</p> <p>Programas en salud animal</p> <p>Brindar educación sanitaria a la población</p>	<p>Protección específica</p> <p>Desinfectar al personal que mantiene contacto con los animales</p> <p>Garantizar el control de calidad de los productos lácteos.</p> <p>Mantener una buena higiene de los <i>locales, los laboratorios y las salas de parto o de tratamiento de material de origen animal.</i></p>	<p>Diagnóstico precoz</p> <p>El diagnóstico de brucelosis se puede realizar de manera directa, aislando el microorganismo a partir de cultivos de sangre, médula ósea u otros tejidos o indirecta a través de métodos serológicos</p>	<p>Tratamiento oportuno</p> <p>-Tetraciclina tabletas o comprimidos 500 mg cada 6 horas por 21 días + Estreptomicina solución inyectable de 1 g /24hrs por 21 días.</p> <p>-Rifampicina 300 mg cada 8 horas + Trimetoprim con Sulfametoxazol 160/800 mg /12hrs x 21 días</p>	<p>Rehabilitación</p> <p>El control clínico de los pacientes durante y después del tratamiento, debe realizarse con el objetivo de verificar la remisión de los síntomas, la correcta adherencia al tratamiento, la presencia de efectos adversos, la reaparición de signos o síntomas de enfermedad (recaídas).</p>

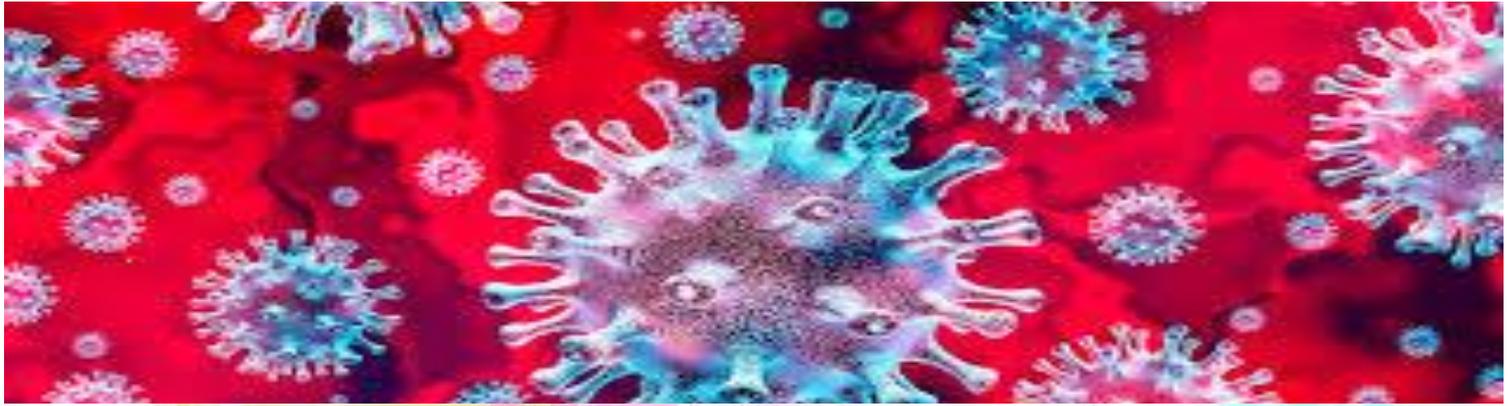
RICKETTSIOSIS Y FIEBRE



HISTORIA NATURAL DE FIEBRE MANCHADA DE LA S MONTAÑAS ROCOSAS

Definición: La fiebre manchada de las Montañas Rocosas (FMMR) se define como una enfermedad infecciosa aguda, potencialmente mortal causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*



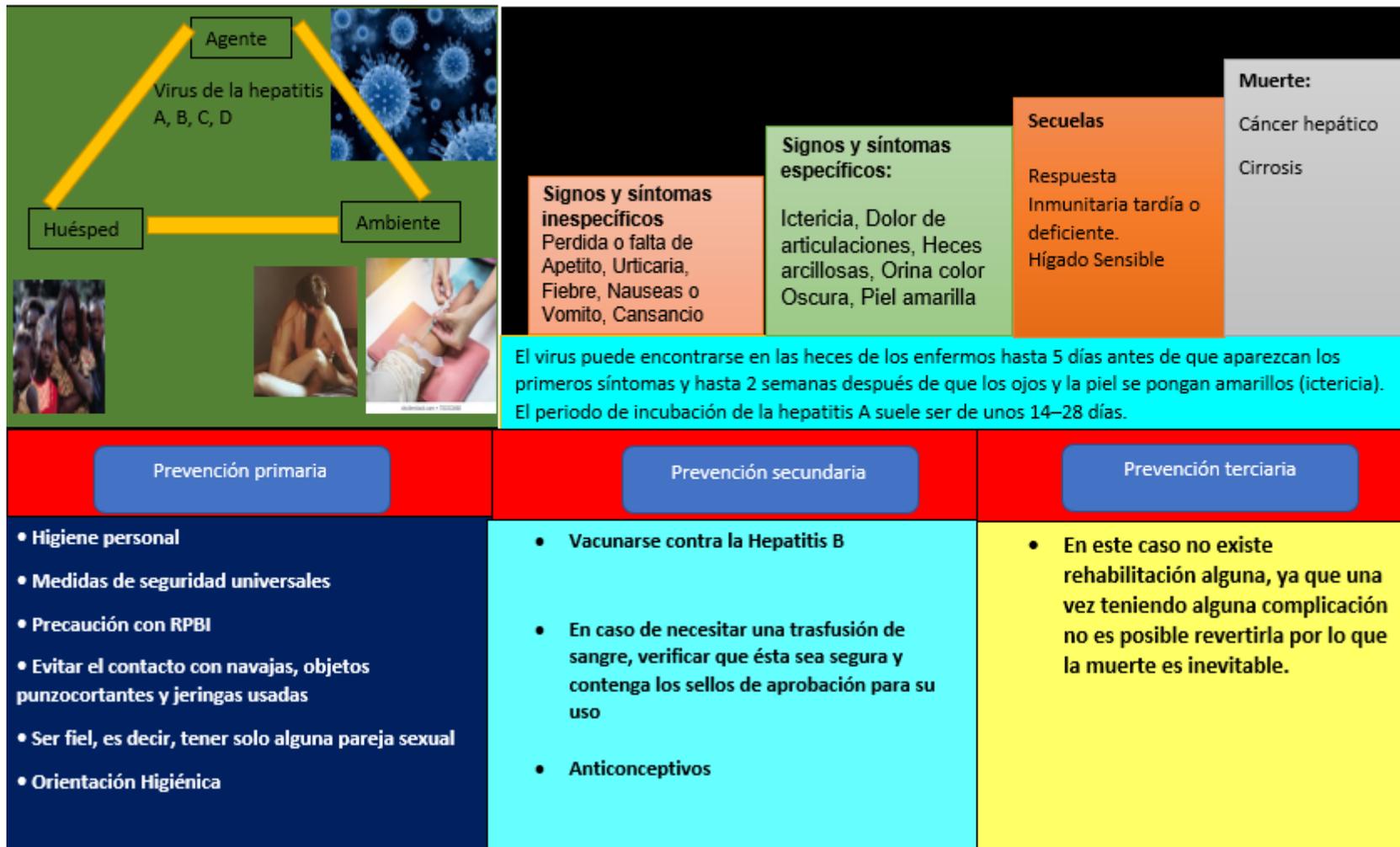


VIRUS



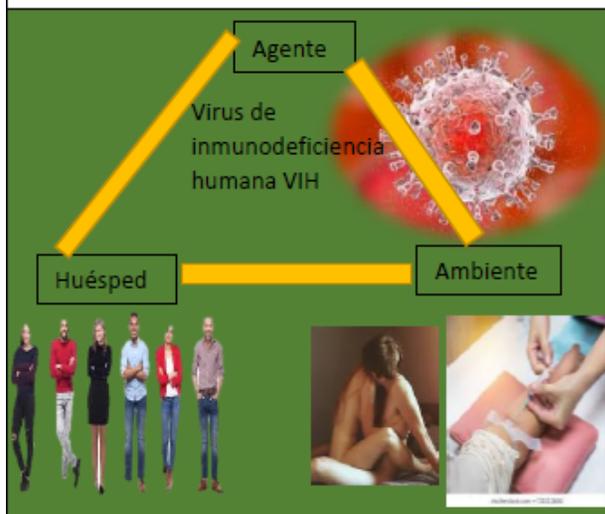
HISTORIA NATURAL DE HEPATITIS

Definición: La hepatitis es una inflamación del hígado que puede ser causada por virus.



HISTORIA NATURAL DEL VIH

Definición: Es una infección que lleva al SIDA. VIH significa virus de inmunodeficiencia humana.



<p>LATENCIA fase de latencia clínica asintomático</p>	<p>Signos y síntomas Pérdida de peso e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas, Diarrea crónica sin causa aparente, fiebre, candidiasis, infecciones bacterianas graves</p>	<p>Fase crítica Infecciones, neoplasias y manifestaciones sistémicas. Incapacidad Infecciones oportunistas graves</p>	<p>Muerte: 80-90% de los casos fallece a los 3-5 años</p>
--	--	--	--

Incubación de 2-4 semanas de la infección, 5-10 años para que se desarrolle el SIDA. El VIH es un retrovirus, cuya estructura presenta una envoltura en la que se encuentran insertas la glicoproteína (gp) 41 de transmembrana y gp 120 de superficie.

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
<p>Promoción a la salud Educación a la población respecto a las ITS. Campañas informativas sobre: modo de transmisión, medidas de prevención, monogamia, sexo seguro</p>	<p>Protección específica Uso del condón Sexo seguro, Abstinencia No compartir agujas Sangre segura Detección en mujeres embarazadas</p>	<p>Diagnostico De tamizaje (ELISA, aglutinación) Confirmatorias (Western Blot) Suplementarias (recuento de Linf CD4+ y carga vira)</p>	<p>Tratamiento Tx antirretroviral (TARV): Esquema individualizado, combinado y altamente activo → reducir la carga viral</p>	<p>Rehabilitación Rehabilitación social por medio de grupos de apoyo, evitar la discriminación y malas atenciones</p>

CUADRO DIFERENCIAL DE ZIKA, DENGUE Y CHIKUNGUNYA

	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
virus	Flavivirus	Alfavirus virus ARN	Flavivirus
vector	Aedes aegypti y Aedes albopictus	Aedes aegypti y Aedes albopictus	Aedes aegypti
Incubación	4-7 días (3-14 días)	3-7 días (1-12)	3-12 días
Asintomático	NO	3-28%	75%
Aparición de síntomas	2-7 días	4-8 días (2-12)	2-7 días, síntomas duran 4 a 7 días
Persistencia de síntomas	Consta de diferentes fases	Más de 3 meses	Cuando hay compromiso neurológico
Dolores articulares	Artralgias intensas	Intensos y debilitantes asimétricos más frecuencia manos y pies, tumefacción asociada a tenosinovitis	Dolor menos intenso, en general de las extremidades. Edema de miembros inferiores

Fiebre	Elevada, inicio agudo, bifásica duración 6-7 días	Súbita + 39° C 76100% Continua o intermitente	fiebre leve o ausente 37.2° C y 38° C
Mialgias	40-69% de los pacientes	10- 39% de los pacientes	presentes
Artralgias	< 10% de los pacientes; - 0%	70- 100% de los pacientes	presentes
Cefalea	40-69% de los pacientes y es retroorbital, frontal	40-69% de los pacientes	presentes
Rash	10- 39% de los pacientes, y son Exantema maculopapular, escarlatiniforme. Petequias rojo brillante	40-69% de los pacientes, 2-5 días después de la fiebre, exantema maculopapular, tronco y extremidades, puede afectar	Exantema maculopapular pruriginoso (sarpullido) intenso -Síntoma más distintivo

		palmas, plantas y rostro	
Vomito	presente	4-59%	Poco frecuente
Nauseas	presente	40-69% de los pacientes	Poco frecuente
Diarrea	presente	no	Poco frecuente
Dolor eritema o faríngeo	Puede presentar	no	no
Discrasias sangrantes	40-69% de los pacientes	< 10% de los pacientes; - 0%	no
Complicaciones	Dengue hemorrágico Puede haber compromiso de	No frecuentes Dolor por meses o años	Compromiso neurológico, provocando
	órganos como pulmones, corazón, hígado riñones y sistema nervioso central		debilidad muscular, posibilidad de reacción autoinmune (síndrome de Guillain-Barré)

Diagnóstico diferencial	Paludismo (realizar estudio en gota gruesa). Fiebre tifoidea. Faringoamigdalitis.	Dengue	Dengue / Chikungunya
Pruebas serológicas	Aislamiento viral. Prueba de Neutralización en placa, ELISA IgG e IgM, Inmunocromatografía rápida. RT-PCR	Aislamiento viral, RTPCR, ELISA IgG , IgM. IgM máxima concentración 3 a 5 semanas 1ª semana análisis con RT-PCR (sensibilidad variable) Sin evidencia de transmisión ELISA IgM, IgG	PCR en tiempo real y aislamiento en muestras de sangre. Diagnostico serológico difícil por reacción cruzada con otros Flavivirus (dengue; fiebre del Nilo y fiebre amarilla)
Tratamiento	Iniciar la hidratación oral con vida suero oral. Iniciar el control térmico con medios físicos. En caso necesario, administrar paracetamol. No emplear ácido acetil salicílico, metamizol ni antiinflamatorios no esteroideos. Evitar la administración intramuscular de medicamentos	El pilar del tratamiento de chikungunya es de soporte y sintomático, e incluye reposo, analgésico, antipirético y antiinflamatorio	No existe un tratamiento antiviral específico para la enfermedad del virus zika

Tx en pacientes graves	Administrar soluciones cristaloides (solución con cloruro de sodio al 0.9% o solución de Ringer-Hartmann) a dosis de 10 a 20 ml por kg/peso corporal (adultos), en infusión para 30 a 60 Minutos. Manejo de hemoderivados; Hemoglobina que disminuye a < 7.0 g/dl (o disminución de más de 30% en el	Se sugiere reposo en cama, dieta normal, líquidos abundantes y antipiréticos, como paracetamol en dosis de acuerdo a la edad y el peso del paciente. Paracetamol 500 mg cada 6 horas, con dosis máxima de cuatro gramos por día	Reposo, hidratación, analgésicos para control de dolor.
------------------------	--	---	---



INFECCIONES MITÓTICAS



SUPERFICIALES

Enfermedad	etiología	Cuadro clínico	Diagnóstico y tratamiento
Tiña de la cabeza.	El agente causal más frecuente en nuestro medio es <i>Microsporum canis</i> con 80%, <i>T. tonsurans</i> (tiña tricofítica) ocupa el segundo lugar con un 15%	Se caracteriza por la presencia de pequeñas y numerosas placas pseudoalopécicas con escama en su superficie, en donde los pelos parasitados se encuentran mezclados con los pelos sanos, dichos pelos se ven como puntos negros engastados en el orificio folicular, estas placas pueden confluír afectando gran parte de la piel cabelluda. Esta dermatosis es pruriginosa.	Muestras de cabello por el raspado suave de la zona humedecida en cuero cabelludo. Estudio en preparación húmeda a base de hidróxido de potasio. Cultivos TX Antimicóticos con acción sistémica: Griseofulvina Vía oral 15-20 mg/kg al día Para querión
Tiña corporal	<i>Epidermophyton floccosum</i> <i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i>	Lesión circular – Eritematosa – Borde exfoliativo, vesicular o pustuloso. – Prurito	DX: Confirmar con: Dextrosa-agar de Sabouraud TX: itrato de miconazol Clotrimazol Terbinafina Tolnaftato
Tiña de pie	<i>Epidermophyton floccosum</i> <i>Trichopyton rubrum</i> <i>Trichophytun mentagrophytes</i>	Lesiones vesiculopustulosas: Finas Exfoliativas Pruriginosas En cualquier área Distribución irregular	DX: Examen microscópico de material cutáneo obtenido por raspado TX: Nitrato de miconazol Nitrato de clotrimazol Ciclopiroxolamina Terbinafina

		Pliegues interdigitales	Butenafina
Tiña inguinal	Epidermophyton floccosum Trichophyton rubrum Trichophyton mentagrophytes	Erupción delimitada y simétrica en ambos lados. Piel eritematosa y exfoliativa Color de piel de rojo a pardo Borde vesiculopapular	DX: Examen microscópico Tx: – Clotrimazol – Haloprogin – Nitrate de miconazol – Terbinafina 4-6 semanas Zonas infectadas Piel vecina 2 veces al día
SUBCUTANEAS			
Esporotricosis	Sporothrix schenckii	inicia como una pápula o nódulo subcutáneo pequeño, no doloroso, duro, móvil en el lugar de una herida, posteriormente al cabo de una semana o varios meses después se ulcera, formando el llamado «chancro esporotricósico»	DX: Exámenes directos, Cultivos, Biopsia TX: El yoduro de potasio es el tratamiento de elección para las formas cutáneas de esporotricosis, debido a que tiene excelente efectividad. La dosis es de 3 a 6 gramos por día repartidos en tres tomas, iniciándose con un gramo por día para evaluar la tolerancia.
Micetomas	ocasionado por hongos verdaderos o eumicetos (micetoma eumicético) o por bacterias aeróbicas llamadas actinomicetos (micetoma actinomicético).	La lesión inicial es una pequeña pápula eritematosa dura en el lugar de la inoculación, con el tiempo se transforma en un nódulo que puede ulcerarse y se fistulizar	DX: Exámenes directos, Cultivos, Biopsia. TX: Tratamiento quirúrgico Mediante cirugía, con un margen ancho de tejido circundante normal, antes que se afecte el hueso
Cromoblastomicosis	Son hongos hifomicetos de la familia Dematiaceae	pequeña lesión de tipo papuloso que se extiende	DX: En la histopatología se observa un

		localmente y muy superficialmente, bien delimitada, eritematosa, escamosa, pruriginosa, aspecto de una tiña del cuerpo;	granuloma tuberculoide y en su centro se agrupan numerosos polimorfonucleares con células gigantes TX: Fluconazol A la dosis de 200 – 400 mg/día. No se tiene mucha experiencia.
Lobomicosis	Loboa lobi, microorganismo esférico o elíptico	lesiones únicas o múltiples, localizadas o generalizadas, siendo la lesión más frecuente y típica la forma nodular, de superficie lisa, brillante, consistencia firme, dura, no distensible, semejante a cicatrices	DX: El diagnóstico es clínico- epidemiológico y de laboratorio. TX: Sulfametoxazol-trimetoprin (2-4 tabletas por día) y clofazimina (100 – 300 mg/ día) son los que ofrecen los mejores resultados
SISTEMICAS			
Paracoccidioidomicosis	Paracoccidioides brasiliensis	La infección micótica produce úlceras que se propagan. Las lesiones pueden localizarse en la piel, mucosa nasal, oral, tubo digestivo; y pueden producir úlceras, tumefacción, dolor, náuseas, vómitos, cefalea y fiebre	DX: Exámenes directos, Cultivos, Biopsia TX; Fluconazol A la dosis iniciales de 400 mg/día por lo menos dos meses y después se reduce la dosis a 200 mg/día por 6 – 8 meses
Histoplasmosis	Histoplasma capsulatum	malestar, tener fiebre y tos, y sentirse como si tuvieran la gripe. Los síntomas suelen desaparecer sin	DX: Cultivo y examen de muestras de tejidos o líquidos corporales

		<p>tratamiento en un periodo de 2 semanas, y pocas veces duran más de 6 semanas.</p>	<p>En ocasiones, análisis de sangre y orina Radiografía de tórax TX: itraconazol por vía oral. A aquellas que desarrollan una neumonía grave, se les administra anfotericina B por vía intravenosa, seguida de itraconazol.</p>
--	--	--	---



CASOS CÍNICOS

CASO CLINICO: RABIA HUMANA

Paciente masculino Nicolas Prado Villatoro, de 27 años de edad, estado civil: soltero, religión: católico, escolaridad: preparatoria, quien trabaja en fedex como repartidor, en la ciudad de Comitán de Domínguez, llega al hospital general María Ignacia Gandulfoel, debido a que el paciente refiere ataque de perro hace 4 días, sufriendo lesiones en ambas extremidades superiores. Niega antecedentes de importancia. Presenta un cuadro clínico de cuatro tres días de evolución con manifestaciones clínicas de alteración de la conducta, agresividad, hidrofobia, excitación psicomotora, alzas térmicas no cuantificadas, dolor abdominal y dificultad para deglutir líquidos

A la exploración física se encuentra: FC: 130 lpm, T: 38.5°C, FR: 20/min, PA: 100/60mmHg, talla: 170cm, Peso: 75kg. Con edad cronológicamente igual a la aparente. Cabeza: Normocéfalo y cabellos normoimplantados, sin puntos dolorosos, ni reblandecimientos, ni tumoraciones, desorientado en las tres esferas. Ojos: pupilas midriáticas, conjuntiva palpebral hiperémica, esclerótica rojiza. Nariz: Fosas nasales permeables y tabique centrado con secreciones normales. Boca: Labios simétricos, cavidad oral presenta sialorrea con presencia de espuma. Cuello: Simétrico, tráquea centrada y móvil, tiroides no palpable ni visible, sin adenopatías. Tórax: Simétrico, expansibilidad respiratoria conservada y resonante a la percusión con leve alteración en amplexión y amplexación. Pulmones: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen: blando, deprimible, sin dolor a la palpación ruidos peristálticos normales. Extremidades superiores: simétricas, se objetivan 3 heridas inciso-contusas uno en la muñeca y otro en el tercio medio del antebrazo derecho y la otra lesión en dorso de la mano izquierda, la piel se presenta eritematosa. Las heridas son cavitadas, de aproximadamente 1,5 cm de profundidad, con una escala de Daniel 3/5, pesenta dolor al movilizar y las extremidades inferiores integras, con hiporreflexias

Se realizan examen psicológico: reporta alteración del examen mental, confusión, desorientación, alteración sensoperceptiva, con alucinaciones visuales, conductas desorganizadas y falta de juicio de la realidad sobre su enfermedad. hisopo sublingual:

Se solicita un estudio de LCR: El resultado del LCR refleja un patrón de infección viral: incoloro, aspecto opalescente, límpido, densidad 1 005, pH 8, glucosa 81mg/dl, proteínas totales 21 mg/d. BH: un incremento de los leucocitos con 13 600 mm³ con segmentados 81%, linfocitos 14%

Diagnóstico: Rabia humana (causada por un virus de la familia Rhabdoviridae)

DX sindromático: síndrome de dificultad respiratoria, febril y neurologico

Abordaje: Vacunación antirrábica e inmunoglobulinas, dexametasona

Pronostico: paciente con mal pronostico

CASO CLINICO 2: CELULITIS

Paciente femenina Barbara Fuenmayor de 50 años de edad, estado civil: casada, religión; católica, escolaridad: primaria, ocupación: ama de casa, quien radica en Comitán de Domínguez Chiapas; llega al hospital general María Ignacia Gandulfo debido a que notó en las últimas 12h cambios en la coloración tornándose rojiza e hinchazón notable en hemicara izquierda, además de presentar Fiebre no cuantificada y escalofríos. La noche anterior sólo presentaba discreta erosión en la región temporal del mismo lado. Con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina e insulina, mal controlada. Alergias preguntadas y negadas.

A la exploración física encontramos: FR: 16x/min, TA: 110/80mmhg, FC: 80, T: 38°C, peso: 72kg, talla: 165cm, con edad cronológicamente igual a la aparente. Cabeza: simétrica, normocefalica, cabello normoimplantado sin presencia de lesiones en cuero cabelludo ni puntos dolorosos, orientada en las tres esferas. Ojos: ojos simétricos, pupilas normales, esclerótica blanca, buena reacción pupilar. En hemicara izquierda presenta esclerótica rojiza, parpado rojo, edematizado, piel hidratada con dolor a la palpación. La valoración inicial mostraba llamativo eritema desde la región retroauricular hasta la periorbitaria y malar izquierda. Edema y engrosamiento fluctuante de tejidos blandos en la región temporo-mandibular izquierda y edema palpebral que provocaba ptosis discreta. Otoscopia no valorable por la oclusión que el edema realizaba sobre el trago y el conducto auditivo externo. Nariz: Fosas nasales permeables, simétricas y tabique centrado con secreciones normales. Boca: Labios simétricos, cavidad oral hidratada, labios y lengua móviles, con buena coloración, sin presencia de edema. Cuello: Simétrico, tráquea centrada y móvil, tiroides no palpable ni visible, sin adenopatías. Tórax: Simétrico, expansibilidad respiratoria conservada y resonante a la percusión con sin alteración en amplexión y amplexación, glándulas mamarias simétricas, buena coloración, sin presencia de cicatrices. Pulmones: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen: blando, depresible, sin dolor a la palpación ruidos peristálticos normales, no se palpan masas ni vesículas. Extremidades normales, simétricas, con buena hidratación y coloración, escala de Daniel 5/5.

Estudios a pedir: Hemograma. Leucocitosis 12,78ml/mm³ con neutrofilia 9,07ml/mm³. Coagulación normal. Bioquímica. Glucemia 247mg/dl, proteínas 6,4g/dl. Función renal y hepática normal. Proteína C reactiva: 142,4mg/l. Hormonas tiroideas: normales. Orosomucoide A1-glicoproteína ácida: 210mg/dl. Exudado de herida; cultivo: positivo para *S. aureus*. Tinción de Gram: muestra purulenta. Se observan cocos gram+.

Diagnóstico: celulitis en la hemicara izquierda por *S. aureus*

DX sindromático: síndrome febril, doloroso, confusional

Abordaje: cloxacilina (1g cada 6h), cefazolina (1g cada 6 u 8h) o ceftriaxona (1g cada 24h)

Pronóstico: paciente con buen pronóstico.

CASO CLINICO 3 MENINGITIS BACTERIANA

Paciente masculino, Maximiliano López Haro de 30 años de edad, estado civil: soltero, religión: católico, escolaridad: preparatoria, de ocupación de chofer de un taxi, en la ciudad de Comitán de Domínguez. Sin antecedentes de importancia respecto al padecimiento actual. A excepción de una cirugía rinoplastica hace menos de un mes. llega al hospital general María Ignacia Gandulfo debido a que referir cefalea hemicraneal opresiva, de intensidad 7/10, acompañada de agitación psicomotriz y fiebre no cuantificada, rigidez de nuca, fotofobia, cefalea, vómitos. Alergias preguntadas y negadas.

A la exploración física se encontró estuporoso, escala de Glasgow de 8, con reflejo consensual y fotomotor conservado, sin alteración de los pares craneales. FR: 20x/min, TA: 110/80mmHg, FC: 110, T: 38.5°C, peso: 80kg, talla: 175cm, con edad cronológicamente igual a la aparente. Cabeza: Normocéfalo y cabellos normoimplantados, sin puntos dolorosos, ni reblandecimientos, ni tumoraciones. Ojos: pupilas midriáticas, simétricas, esclerótica blanca, párpados sin presencia de ptosis, edemas u orzuelos. cejas simétricas con buena implantación. Nariz: Fosas nasales permeables y tabique centrado con secreciones normales. Boca: Labios simétricos, Labios simétricos, cavidad oral hidratada, labios y lengua móviles, con buena coloración, sin presencia de edema. Cuello: Simétrico, tráquea centrada y móvil, tiroides no palpable ni visible, sin adenopatías, con rigidez de la nuca. Tórax: Simétrico, expansibilidad respiratoria conservada y resonante a la percusión con leve alteración en amplexión y amplexación. Pulmones: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen: blando, deprimible, signos de Kerning y signos de Brudzinski positivo, dolor lumbar, ruidos peristálticos normales. Extremidades con hiperreflexia generalizada normales, simétricas, con buena hidratación y coloración, escala de Daniel 5/5.

Estudios: tomografía de cráneo; se observaron datos de sinusitis etmoidal y esfenoidal. punción lumbar con presión de apertura de 350 mmH₂O, se obtuvo líquido cefalorraquídeo turbio, con proteínas 354 mg/dL, glucosa 7 mg/dL, cloruro 97 mEq, 10,000 células y 97% de polimorfonucleares, El resultado citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue sugestivo de meningoencefalitis bacteriana por N. meningitidis. En la tinción de Gram se observaron diplococos grampositivos en forma de lanza.

Diagnostico: meningoencefalitis bacteriana por N. meningitidis

Dx sindromático: síndrome febril, confusional

Abordaje: cefoxitina 2mg iv c/4-6hrs o ceftriaxona 2gm c/12hrs + vancomicina de 15-20mg/kg

Pronostico: paciente con buen pronostico

CASO CLINICO 4 TETANOS

Paciente masculino Diego Alejandro Parra García de 27 años de edad, estado civil: soltero, religión: católico, escolaridad: preparatoria, ocupación: albañil, vive en la ciudad de Comitán de Domínguez. Sin antecedentes de importancia respecto al padecimiento actual. Quié acude al hospital María Ignacia Gandulfo de la ciudad por presentar sintomatología de espasmos musculares con parálisis de características espásticas, acompañado de su hermano al interrogatorio indirecto, refiere que la sintomatología inicio hace una semana, habiendo presentado irritabilidad, fiebre no cuantificada, cefaleas y espasmos tónicos, y presentar disnea. Sin antecedentes de importancia, niega cirugías previas, patologías crónicas degenerativas, niega alergias. madre diabética con apego al tratamiento con Metformina y padre hipertenso tratado con Losartán.

A la exploración física se encuentran: FC: 120 lpm FR: 20rpm PA: 120/70 mmHg. T: 38°C Peso: 73 kg Talla: 160 cm PO2: 90% Laboratorios: Leucograma: $12,1 \times 10^9 /l$; polimorfonucleares: 0,88; linfocitos: 0,12., Hemoglobina: 78 g/l. Creatinina: 150 $\mu\text{mol/l}$. a la exploración se encuentra: Cabeza: Cráneo normocéfalo, sin presencia de exocitosis y endocitosis, escasa implantación de cabello de coloración grisáceo, ojos simétricos, pupilas isocóricas, mucosa nasal semihidratada, mucosa deshidratada. Tórax: Simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación conservados, remarcamiento significativo de clavículas y parrilla costal, cardiorrespiratorio normoaudible, ruidos cardiacos aumentados y de buen tono. En extremidad superior se encuentra una lesión cortante en el dorso de la mano de 5cm de largo y 1cm de profundidad, al interrogatorio refiere que hace un par de días tuvo un accidente ya que se orto con una lámina en una de las construcciones.

Se realizan exámenes paraclínicos los cuales reportan: Hb: 11.5 mg/dl, Hcto: 38%, Leucocitos: 16800cxmm^3 , seg: 87% linf: 11%, plaq: 230000cxmm^3 , Bioquímica dentro de límites normales, Se realiza TAC de cráneo la cual evidencia cambios atróficos acordes a la edad, sin presencia de lesiones aparentes. Se realiza electroencefalograma por servicio de neurología el cual se reporta como: actividad eléctrica basal de escaso pronóstico funcional.

Dx Sindromático: Síndrome de dificultad respiratoria, síndrome febril. Síndrome tetánico.

Dx etiológico: Tétanos por Clostridium Tetani

Abordaje: Benzodiacepina iv. Diazepam 10-40 mg cada 1-8 h o midazolam, para el tono muscular y contracciones. Antitoxina antitetánica humana (TIG) 3000-6000 UI IM en dosis única Metronidazol iv. 500 mg cada 6 h o 1000 mg cada 12 h durante 7-10 días

Pronóstico: paciente con diagnóstico reservado

CASO CLINICO 5: ENCEFALITIS

Paciente masculino Luis de la Vega de 25 años de edad, estado civil: soltero, religión: católico, escolaridad: preparatoria, ocupación: albañil, el municipio de la Trinitaria, de escasos recursos ya que no cuenta con todos los servicios de urbanización ya que tienen escasas de agua por lo que en ocasiones toman agua de pozo. Acude al hospital María Ignacia Gandulfo de la Comitán por presentar fiebre irregular de 6 meses de evolución, disfagia, anorexia, déficit motor, crisis convulsivas (tipo tardío), alteraciones sensitivas, cambio de estado menta, movimientos anormales y síndromes neuropsiquiátricos desde hace masomenos tres semanas de evolución, no hay antecedentes familiares de importancia, antecedentes personales patoogicos se conoce paciente inmunodeprimido por VIH desde hace dos año.

temperatura de 38.5 ° C, FR: 18 r x', FC:80 latidos x', T/A: 130/60 peso: 70 kg, talla:

1.64 cm,

cráneo normo céfalo, cabello con mala implantación, quebradizo, a la exploración neurológica encontramos alteraciones focales: movimientos anormales, alteración de las funciones mentales superiores: letargia, confusión, alucinaciones, agnosia y apraxia, presencia de alteraciones en nervios craneales: oculomotor: dismetría, ataxia y vértigo. piel seca con retracción lenta del pliegue, palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas con palidez, boca mediana, simétrica, dentadura incompleta, con presencia de caries, canal auditivo con presencia de cerilla, tímpano integro, cuello simétrico con presencia ganglios hipertróficos, indoloros, tórax simétrico, con movimientos de amplexion y amplexacion normal, abdomen sin presencia de malformación, perístalsis normal, abdomen blando, deprimible, extremidades extremidades integras.

Manejo: se lleva a cabo la búsqueda de antitoxoplasma de clase igG,, dieta ccon carnes rojas bien cocidas, buena higiene personal, higiene con gatos (cambiar de arenero, lavar en donde esta el excremento)

Se realiza aislamiento de microorganismo obtenido por biopsia cerebral (se reserva para pacientes que no presentan respuesta clínica y no responden al tratamiento antitoxoplasma). No se realiza punción lumbar para extracción de LCR ya que el paciente presenta lesión focal y la punción lumbar está contraindicada. Se puede hacer PCR (reacción en cadena de polimerasa) pero puede dar falsos positivos por el VIH.

Tratamiento: piremetamina+ acido folinico en misma dosis + clindamicina 900-1200 mg IV c/6hrs al menos 6 semanas

Diagnóstico: encefalitis por toxoplasma gondii

Pronostico: paciente con diagnostico reservado.