



Universidad del sureste

Escuela de medicina

Nombre alumno: diana Monserrat espinosa Espinosa

**Nombre de la materia: enfermedades
infecciosas.**

Semestre y grupo: 6°B

Nombre del docente:

Comitán de Domínguez, Chiapas, 6 de julio de 2020

Índice

Aparato respiratoio.....	pág. 6
Cuestionario tuberculosis	pág. 7
Mapa patogenia tuberculosis	pág. 11
Aparato digestivo	pág. 12
Historia natural Helicobacter pylori	pág. 14
Historia natural peritonitis	pág. 16
Historia natural abscesos peritoneales	pág. 18
Historia natural hepatitis	pág. 20
Sistema nervioso	pág. 21
Historia natural meningitis	pág. 22
Sistema genitourinario	pág. 24
Historia natural gonorrea	pág. 26
Historia natural e coli	pág. 28
Historia natural chancro	pág. 30
Historia natural herpes	pág. 32
Infecciones de la piel	pág. 33

Historia natural celulitis	pág. 34
Historia natural fasciis necrotizante	pág. 36
Historia natural gangrena gaseosa	pág. 38
Infecciones virales	pág. 40
Cuadro comparativo dengue, chinkunguya, zika	pág. 42
Historia natural VIH 1	pág. 44
Esquema mecanismo patogénico de VIH 1	pág. 45
Enfermedades con vacunación	pág. 46
Mapa conceptual difteria	pág. 47
Historia natural tetanos	pág. 48
Historia natural mordedura animal	pág. 50
Historia natural rabia	pág. 52
Enfermedades por vectores	pág. 54
Historia natural fiebre manchada	pág. 55
Otras enfermedades	pág. 57
Historia natural botulismo	pág. 58
Historia natural brucelosis	pág. 60

Casos clínicos	pág. 62
cuadro de micosis	pág. 67

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.

Hay muchas formas diferentes de contraer una enfermedad infecciosa:

- A través del contacto directo con una persona que está enferma. Esto incluye besarse, tocarse, estornudar, toser y tener contacto sexual. Las madres embarazadas también pueden transmitir algunos gérmenes a sus bebés
- A través del contacto indirecto, cuando toca algo que tiene gérmenes. Por ejemplo, podría estar en contacto con gérmenes si alguien que está enfermo tocó el picaporte de una puerta y luego usted lo toca
- A través de picaduras de insectos o animales
- A través de alimentos, agua, suelo o plantas contaminados.

Hay cuatro tipos principales de gérmenes:

- Bacterias: Gérmenes unicelulares que se multiplican rápidamente. Pueden emitir toxinas, que son sustancias químicas dañinas que pueden enfermarle. La faringitis estreptocócica y las infecciones de las vías urinarias son infecciones bacterianas comunes
- Virus: Pequeñas cápsulas que contienen material genético. Invaden sus células para poder multiplicarse. Esto puede matar, dañar o cambiar las células y enfermarle. Las infecciones virales incluyen el VIH/SIDA y el resfrío común
- Hongos: Organismos primitivos parecidos a las plantas, como moho, setas y levaduras. El pie de atleta es una infección fúngica común
- Parásitos: Animales o plantas que sobreviven viviendo sobre o dentro de otros seres vivos. La malaria es una infección causada por un parásito

VIAS REPIRATORIAS



Cuestionario tuberculosis

1. Menciona las características bacterianas del m. Tuberculosis y sus principales factores de virulencia La bacteria fue descubierta en 1882, por Robert Koch quien describió el agente etiológico de la tuberculosis (TB) y lo denominó *Bacterium tuberculosis*. El nombre inicial fue sustituido por el de *Mycobacterium tuberculosis* en 1896 por Lehmann y Neumann. El término *Mycobacterium* significa hongo-bacteria, y esta denominación se debe al aspecto de los cultivos, que en ciertos aspectos recuerdan a los de los hongos. Dentro del género *Mycobacterium* se han descrito más de 120 especies de micobacterias diferentes. Se caracterizan por ser bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR) debido al alto contenido en lípidos que tienen en su pared celular. Este hecho impide que penetren los colorantes habituales de anilina, por lo que no se pueden ver en la tinción de Gram, y hace que para poder visualizarlas sean necesarios colorantes especiales (arilmetanos), pero que una vez teñidas no se decoloran con una mezcla de alcohol y ácido también son aerobio estricto, no esporulado, inmóvil y no productor de toxinas. y un factor de virulencia denominado "cord-factor" Estas micobacterias son capaces de sobrevivir durante semanas o meses sobre objetos inanimados, siempre que estén protegidas de la luz solar, y son más resistentes a los ácidos, álcalis y desinfectantes que el resto de las bacterias no formadoras de esporas. Resisten la desecación y la congelación, pero la luz ultravioleta y el calor (>65° C durante 30 minutos) las inactiva. (Dorronsoro, T. 2007) Factor de virulencia cord factor o cordón inhibe migración de leucocitos y media la aparición de granulomas
2. Describe brevemente el panorama actual en cuanto a la epidemiología del m. Tuberculosis La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, descubierta por Robert Koch en 1882. La TB afecta principalmente los pulmones, pero también puede presentarse en el sistema nervioso, los huesos, la piel, los intestinos, los genitales, los ganglios. Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren casi 4,500 personas a causa de la TB y aproximadamente 30,000 personas contraen esta enfermedad prevenible y curable. No obstante, reconoce que los esfuerzos por luchar contra la TB han salvado 54 millones de vidas desde el año 2000 y han reducido la tasa de mortalidad en un 42%. De acuerdo con la Secretaría de Salud (SSA), en México "más de la mitad de todos los municipios notifica casos de tuberculosis cada año; sin embargo, las entidades federativas de mayor

número de nuevos casos y muertes por esta causa son: Baja California, Veracruz, Guerrero, Sonora, Tamaulipas, Chiapas, Nuevo León y Tabasco. La mayor concentración de afectados se encuentra en las grandes ciudades o municipios de mayor número de población, como Tijuana, Mexicali, Cd. Juárez, Veracruz, Acapulco, Reynosa, Matamoros, Hermosillo, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Monterrey y Tabasco”. la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que en la región de las Américas 14 países registraron en total 12,458 defunciones por TB en el 2016. De ese número, 2,569 muertes fueron notificadas por México. En México, explica la SSA, la TB es prevenible mediante la vacunación por BCG que se suministra de manera universal y gratuita a todos los recién nacidos. Además, el tratamiento está disponible y es gratuito en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud. En general, tiene una duración de 6 meses, el cual debe tomar el paciente sin interrumpirlo. Ante este panorama, con motivo del Día Mundial de la TB, celebrado cada 24 de marzo, la OMS en este 2019 llama a adoptar y reforzar varias medidas, bajo el lema “Es hora de actuar” (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MÉXICO, 2020, <https://www.insp.mx/avisos/4904-tuberculosis-dia-mundial.html>)

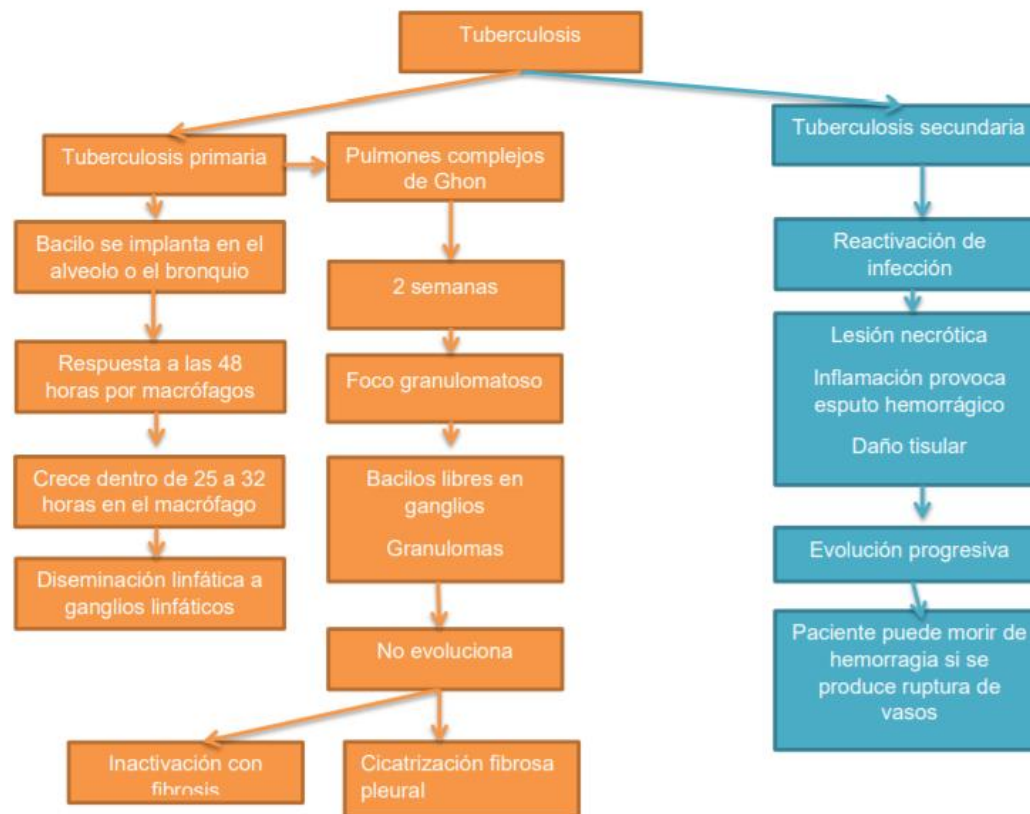
3. Describe de manera textual la cadena de infección de la tuberculosis Agente causal La tuberculosis es una enfermedad producida por el Mycobacterium tuberculosis, bacilo del género Mycobacterium, formando el denominado Complejo M. Tuberculosis junto con el M. bovis, el M. africanum y el M. microti. Siendo un microorganismo muy resistente al frío, a la congelación y a la desecación y muy sensible al calor, la luz solar y la luz ultravioleta, tiene ciertas características especiales en su desarrollo que le confieren grandes diferencias con las bacterias convencionales. (tuberculosis. M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín. 2007) reservorio El reservorio más importante de la enfermedad tuberculosa es el hombre sano infectado, es decir, la persona que tiene en su organismo de manera latente el bacilo sin aquejar ningún síntoma o signo externo que lo pueda identificar. Únicamente cuando el hombre sano infectado desarrolla la enfermedad es cuando se convierte en fuente de infección. Las formas más infectantes las constituyen los pacientes bacilíferos que son los que tienen mayor capacidad de eliminar bacilos al exterior (la contagiosidad aumenta cuanto mayor es la presencia de bacilos en la muestra analizada) y, dentro de las tuberculosis pulmonares, en especial los enfermos con lesiones cavitadas. (tuberculosis. M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín. 2007) Mecanismo de transmisión (puerta de entrada y puerta de salida) El mecanismo más habitual es la vía aerógena, sobre todo con las pequeñas gotas aerosolizadas de 1-5 micras de diámetro que son producidas por el paciente enfermo en actividades cotidianas como el habla, la risa y, sobre todo la tos; estas pequeñas gotas cargadas con pocos bacilos (entre 1 y 5 en cada gotita) son las que llegan al alvéolo, lugar donde encuentran las condiciones idóneas para su desarrollo. Las defensas locales acudirán a la zona y en la gran mayoría de casos controlarán la infección pero en otros no lo podrán hacer, produciéndose entonces una tuberculosis primaria. Aunque en nuestro medio no es frecuente por la pasteurización de la leche, no podemos olvidar la vía digestiva como mecanismo de transmisión en la enfermedad por M. bovis. Además existen de manera anecdótica las vías urogenital, cutáneo-mucosa, transplacentaria (tuberculosis

congénita) y por inóculo. (tuberculosis. M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín.2007) Huésped La edad más vulnerable para enfermar son los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65-70 años. Entre los 6 y los 14 años hay menor predisposición a enfermar. Parece que los hombres son algo más propensos que las mujeres, pero posiblemente este hecho pueda estar influenciado por los hábitos sociales de cada sexo.(tuberculosis. M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín.2007)

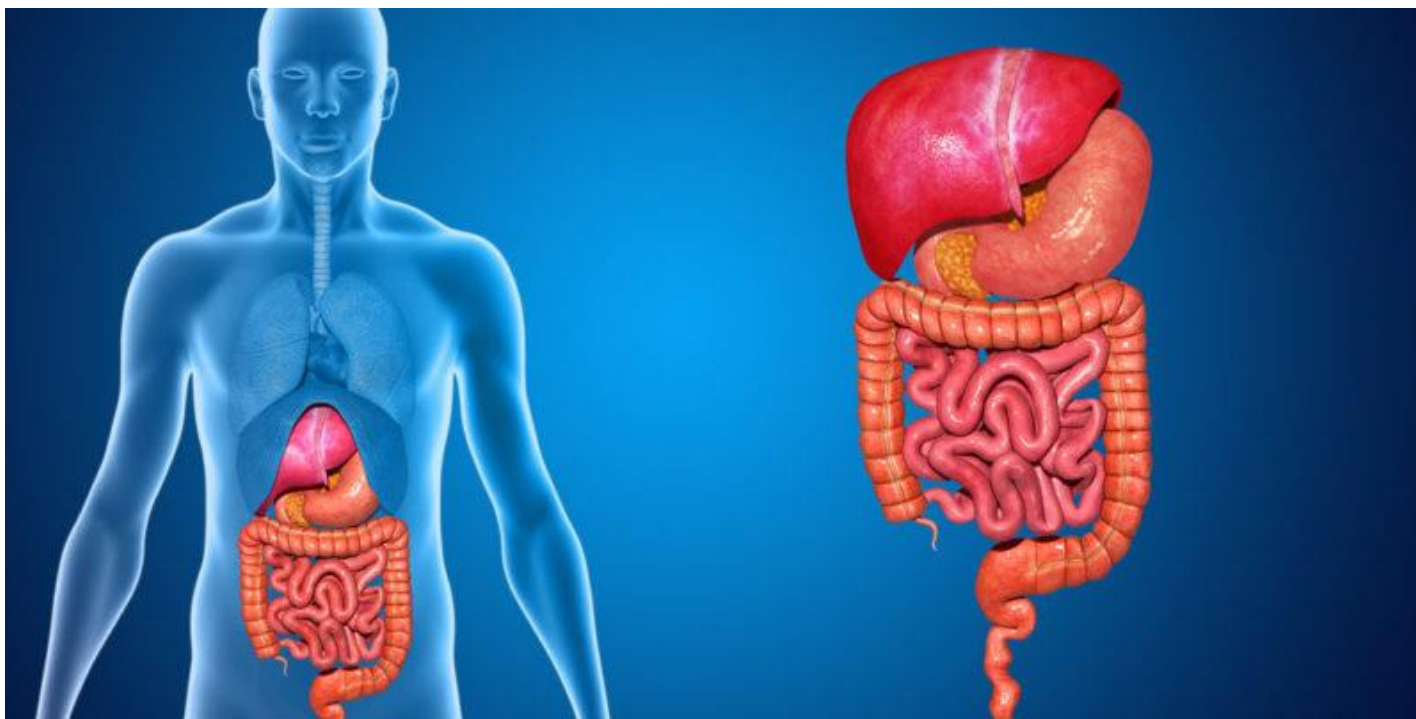
4. De acuerdo a la patogenia, la tuberculosis se puede clasificar en 3 fases o etapas, describe las características de cada una de ellas y sus principales manifestaciones clínicas: La lesión primaria ocurre en el parénquima pulmonar en más de 95% de los casos, en razón de que la inhalación es el principal mecanismo de transmisión,- pero puede ocurrir en cualquier parte del organismo. En el sujeto que se expone por primera vez al bacilo tuberculoso hay una acumulación inicial de polimorfonucleares seguida de proliferación de células epitelioideas y macrófagos que integran el típico tubérculo. Aparecen células gigantes y toda el área es rodeada por linfocitos. Una vez en el alveolo es fagocitada por macrófagos alveolares y células dendríticas. Este proceso produce la activación de mecanismos de defensa contra la bacteria, que permiten limitar la multiplicación de Mtb y reclutar células del sistema inmune adicionales. El bacilo es procesado y presentado por células presentadoras de antígeno que migran a los ganglios linfáticos y activan a los linfocitos T. Esto produce secreción de citocinas, como IL-1 α , proliferación de linfocitos T CD4+ y secreción de interferón γ (INF- γ), que posteriormente activan la actividad citotóxica de los macrófagos. Esto origina, posibles consecuencias: 1) Producir infección primaria por TB 2) Permanecer como infección latente (TBL) 3) Reactivación posterior causando enfermedad y 4) Eliminación del bacilo. Los factores inmunológicos innatos y adquiridos determinan el curso de la enfermedad, así como los factores de virulencia de la micobacteria. Después de la inhalación, Mtb se expone a péptidos antimicrobianos (defensinas, catelicidinas) y proteínas (lactoferrina, lisozimas) en las secreciones respiratorias con efectos bactericidas e inmunomoduladores. Estos péptidos y proteínas son producidos por múltiples tipos celulares incluyendo neutrófilos, monocitos, macrófagos, linfocitos T y células epiteliales presentes en la vía aérea desde edades muy tempranas. Mtb estimula los receptores tipo Toll-2 (TLR2), receptores que reconocen patrones (PRR), incrementa la expresión de los receptores de vitamina D y causa transformación de la vitamina D a su forma activa, facilitando la introducción de catelicidina antimicobacteriana. La catelicidina puede ser inducida con vitamina D. Las colectinas son proteínas solubles que incluyen a lecitina unidora de manosa (MEL), proteína surfactante A (SP-A) y proteína surfactante D (SP-D). Estas forman la primera línea de defensa contra Mtb. En particular, MBL se une al lipoarabinomano CBPSU[3] de Mtb (LAM) produciendo opsonización, activación del complemento y optimización de la señalización de TLR. Mtb puede activar el complemento en formas diversas, puede unirse al receptor 3 del complemento (CR3), lo que facilita la fagocitosis por los macrófagos (Kumate, Gutierrez, 2016).
5. Menciona las técnicas diagnósticas actuales para el diagnóstico de la tuberculosis. Se pueden utilizar estudios como

son los siguientes: La bacteriología • La radiología • La reacción de PPD La bacteriología es el examen baciloscópico directo de la expectoración (esputo), es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis. Radiológicamente la tuberculosis puede producir: infiltrados, nódulos, cavidades, fibrosis y retracciones. también aparecen los complejos de Ghon. La prueba de tuberculina Una reacción positiva a la tuberculina no indica enfermedad sino haber estado en contacto Se considera positiva una induración de 10 mm o más. En personas infectadas con el VIH se considera positiva si la induración es de 5 mm o más. Sin embargo, un resultado de 15 o 20mm o aún más no significa enfermedad, sino mayor probabilidad de que la infección se deba realmente a *M. tuberculosis*, por lo que en ningún caso es indicación de tratamiento. Histopatología Se pueden realizar estudios anatomopatológicos de cualquier tejido del organismo sospechoso de estar afectado por TB. En estos casos es conveniente obtener siempre dos fragmentos del material; uno para estudio anatomopatológico y otro para estudio bacteriológico.

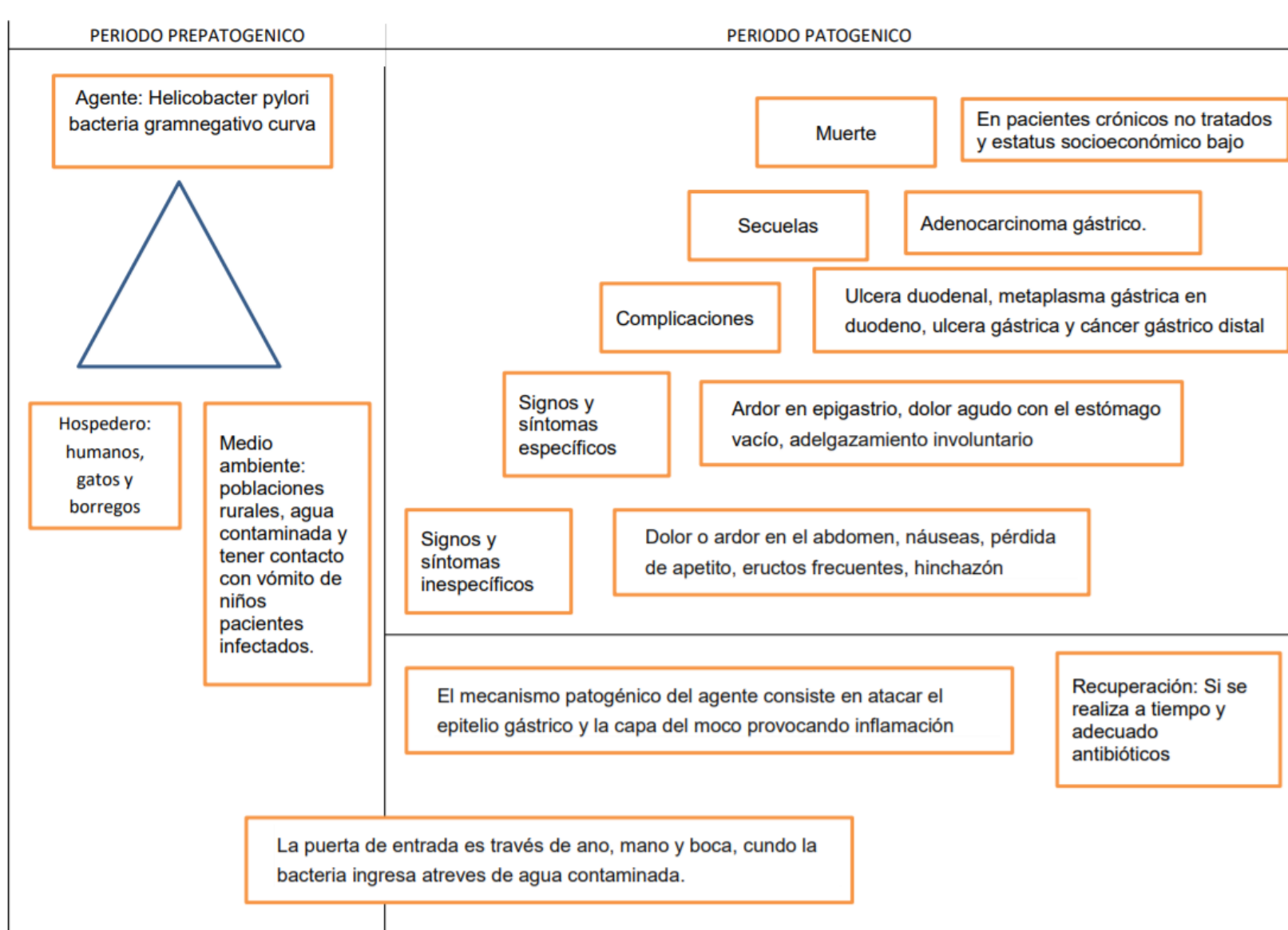
6. Realiza un cuadro en el que especifiques el tratamiento de la tuberculosis fármacos, temporalidad y sus fases. Los medicamentos de primera línea, principales, o esenciales son: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S) y Etambutol (E). Estos fármacos son efectivos en la mayoría de los casos y logran la curación de los pacientes en un periodo de seis meses o más de acuerdo a la categoría de la enfermedad. Los medicamentos de segunda línea o subsidiarios que se utilizan en caso de reacciones adversas y resistencia a fármacos tradicionales. Los tratamientos con estos fármacos deben ser indicados por un especialista. Fase intensiva Diario de lunes a sábado por 10 semanas hasta completar 60 dosis . En una sola toma Medicamentos Fármaco Dosis diaria Dosis trisemanal Presentación Isoniacida 5 mg/kg/d (300 mg/d) 10 mg/kg/d Comp. de 100 y 300 mg Rifampicina 10 mg/kg/d (600 mg/d) 10 mg/kg/d Cápsulas 300 mg Jarabe 20 mg/ml Pirazinamida 25- 30 mg/kg/d 35 mg/kg Comp. 250 mg Etambutol 15-20 mg/kg/d 30 mg/kg Comp. 400 mg Estreptomina 15 mg/kg/d Ampollas 1 gr Fase de sostén intermitente: una dosis 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma Medicamento: isoniacida 800mg rifampicina 600mg



APARATO DIGESTIVO

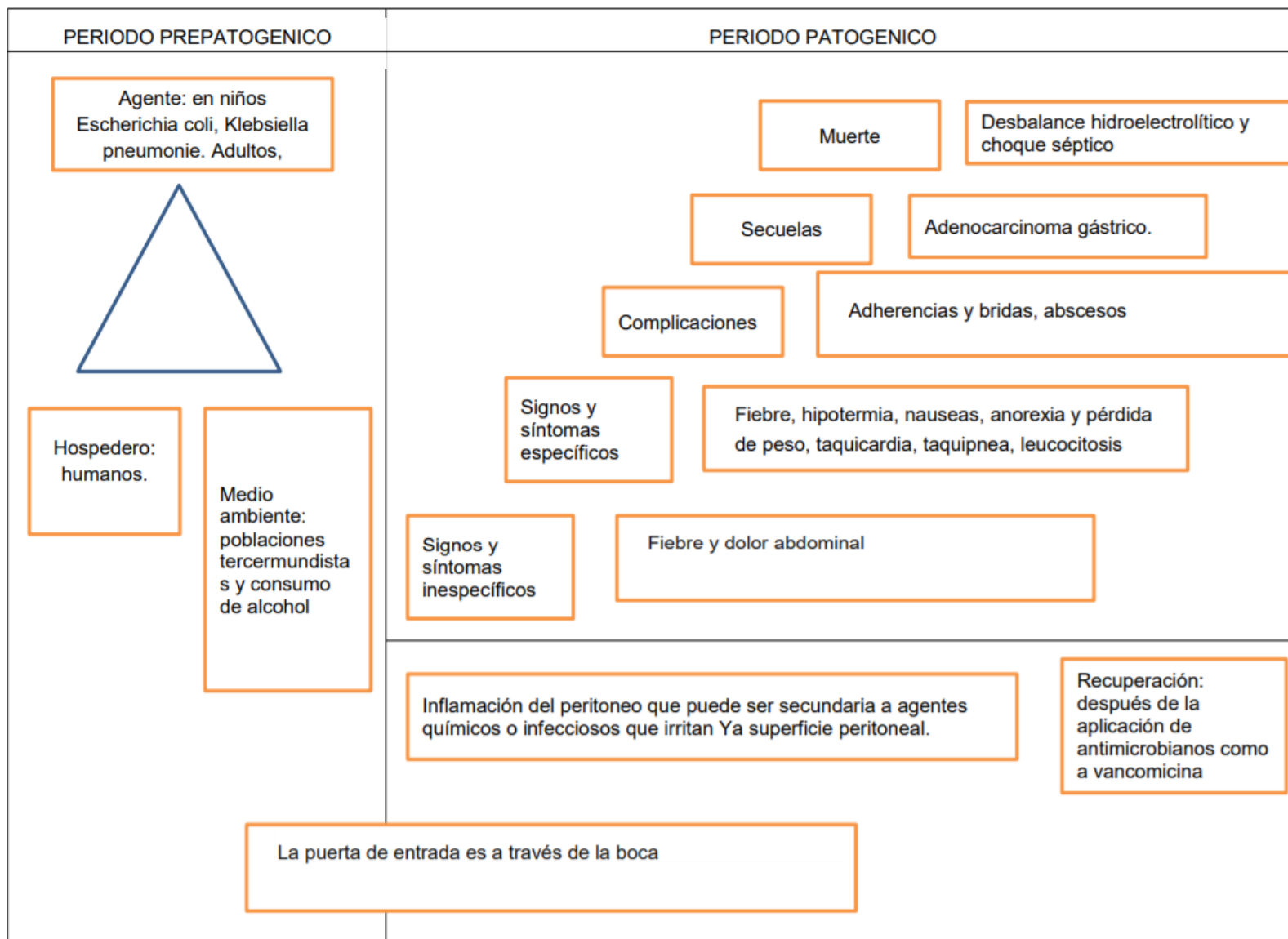


Helicobacter pylori



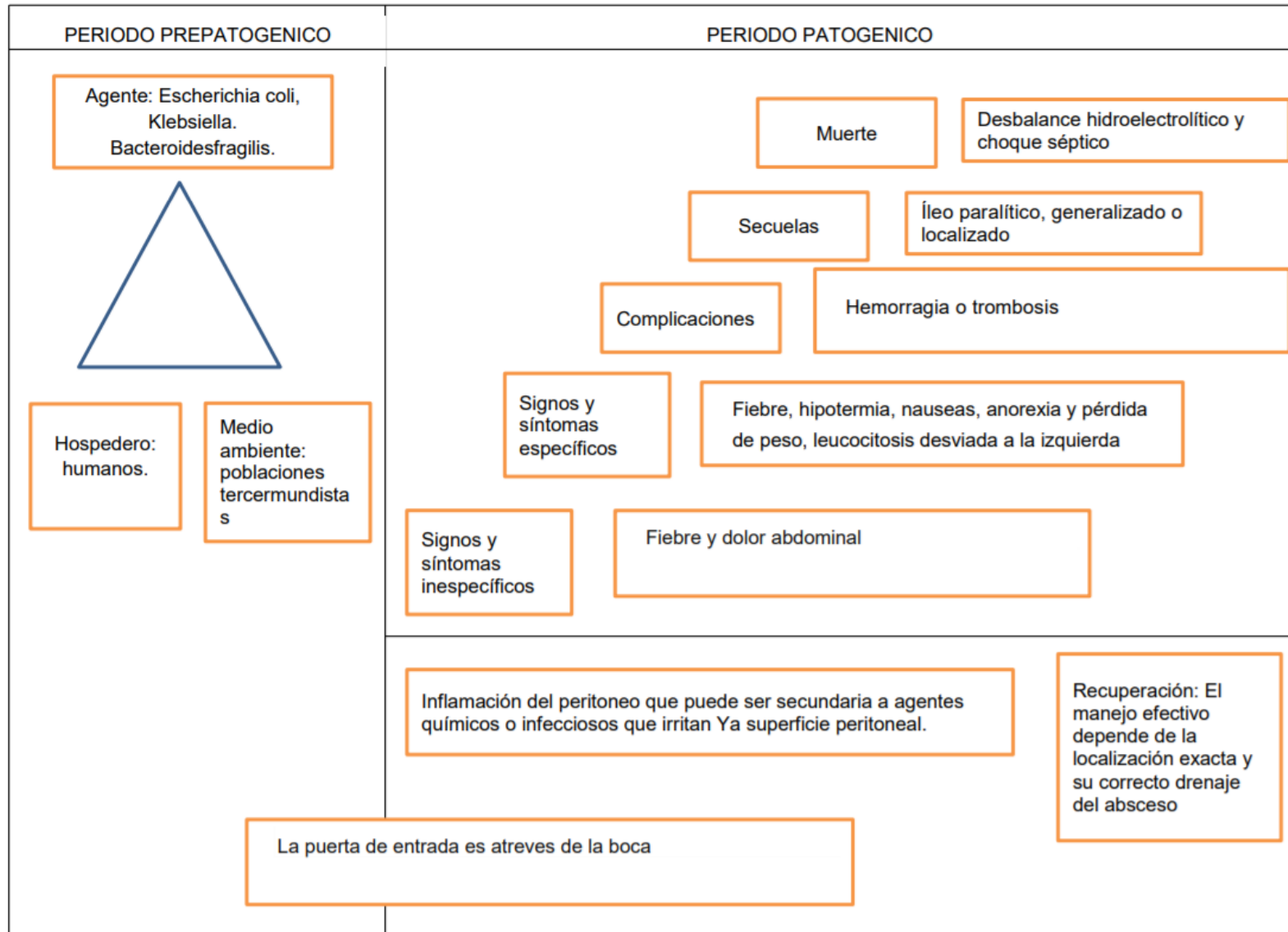
PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
<p>Tener una higiene adecuada con los animales.</p> <p>Tener una buena higiene corporal.</p> <p>Evitar tomar agua contaminada de ríos.</p>	<p>Dar pláticas a la gente para que conozca los riesgos de esta enfermedad .</p> <p>Ensañar el correcto lavado de manos y su importancia.</p>	<p>Vacunar y hacer bien a las mascotas y hervir el agua.</p> <p>Desinfectar objetos.</p>	<p>Hacer un examen físico del paciente y si está en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos.</p> <p>Hacer biopsias por endoscopia y copro cultivos</p>	<p>Antimicrobianos</p>	<p>Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones como carcinomas duodenales</p>	<p>Buena dieta alimentaria.</p> <p>Hervir agua contaminada</p>

Peritonitis

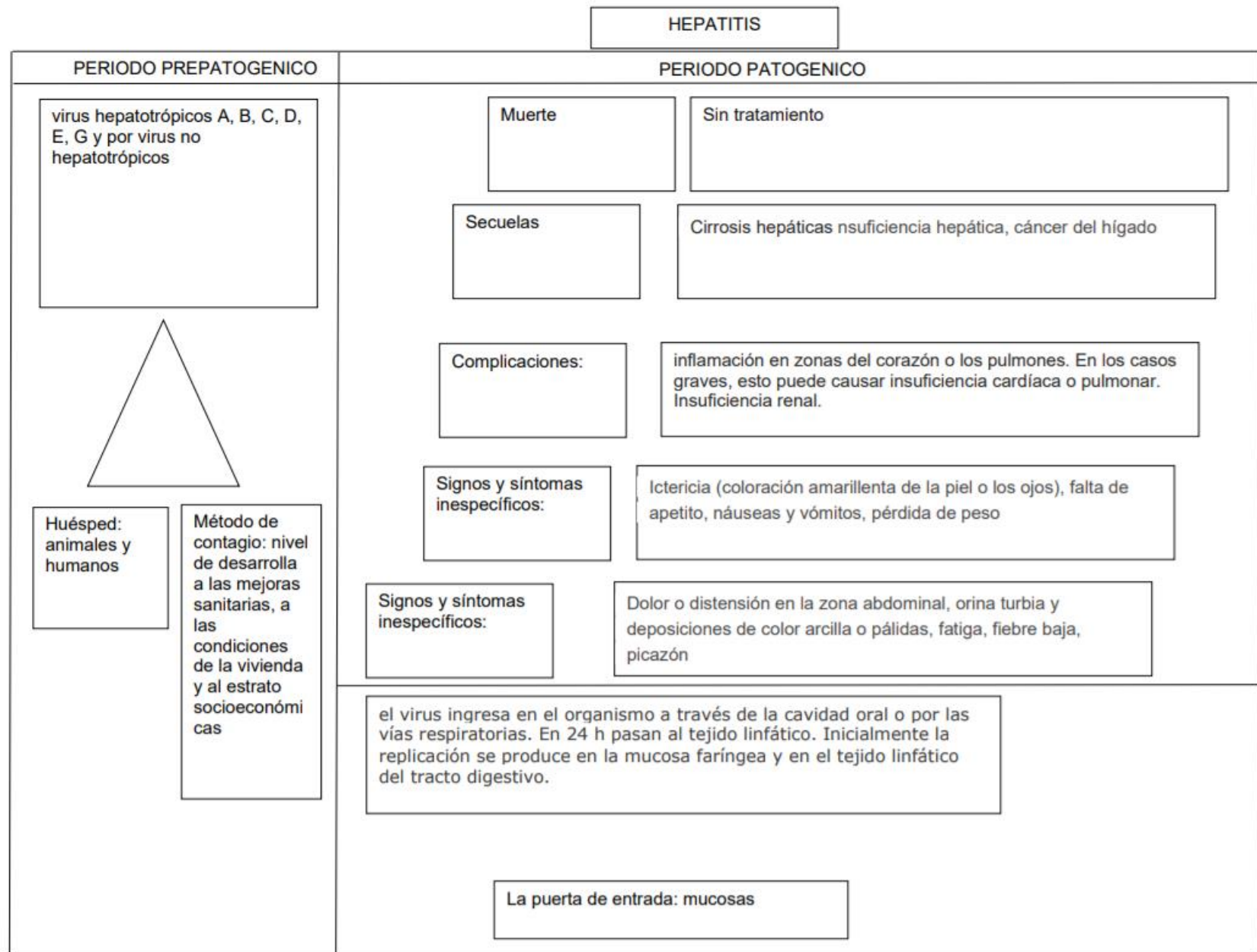


PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Tener una higiene adecuada. Consecuencia del consumo del alcohol	Dar platicas a la gente para que conozca el plato del buen comer y la importancia de un adieta saludable	Vacunas anti-hepatitis	Hacer un examen físico del paciente y si está en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos. Hacer biopsias	Antimicrobianos e hidratación.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones como bridas y abscesos.	Buena dieta alimentaria.

Abscesos peritoneales



PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
<p>Tener una higiene adecuada.</p> <p>Lavarse las manos adecuadamente</p> <p>Evitar comer en la calle</p>	<p>Dar pláticas a la gente para que conozca el plato del buen comer y la importancia de una dieta saludable, y el lavado de manos correcto</p>	<p>Vacunas anti-hepatitis</p>	<p>Hacer un examen físico del paciente y si está en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos.</p> <p>Hacer coprocultivos, urocultivo y hemocultivos</p>	<p>Antimicrobianos e hidratación.</p> <p>Cloranfenicol, ampicilina</p>	<p>No comer en la calle.</p>	<p>Buena dieta alimentaria.</p>

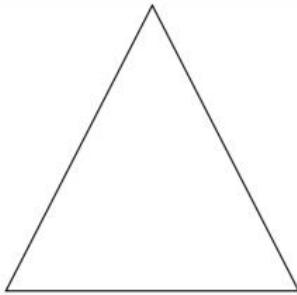


Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Usar repelentes	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Buena higiene. aplicarse la vacuna para prevenir hepatitis A y B.	Características clínicas Pruebas serológicas en las etapas aguda PCR	Los tratamientos variarán según la causa de la enfermedad hepática	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	

SIETMA NERVIOSO

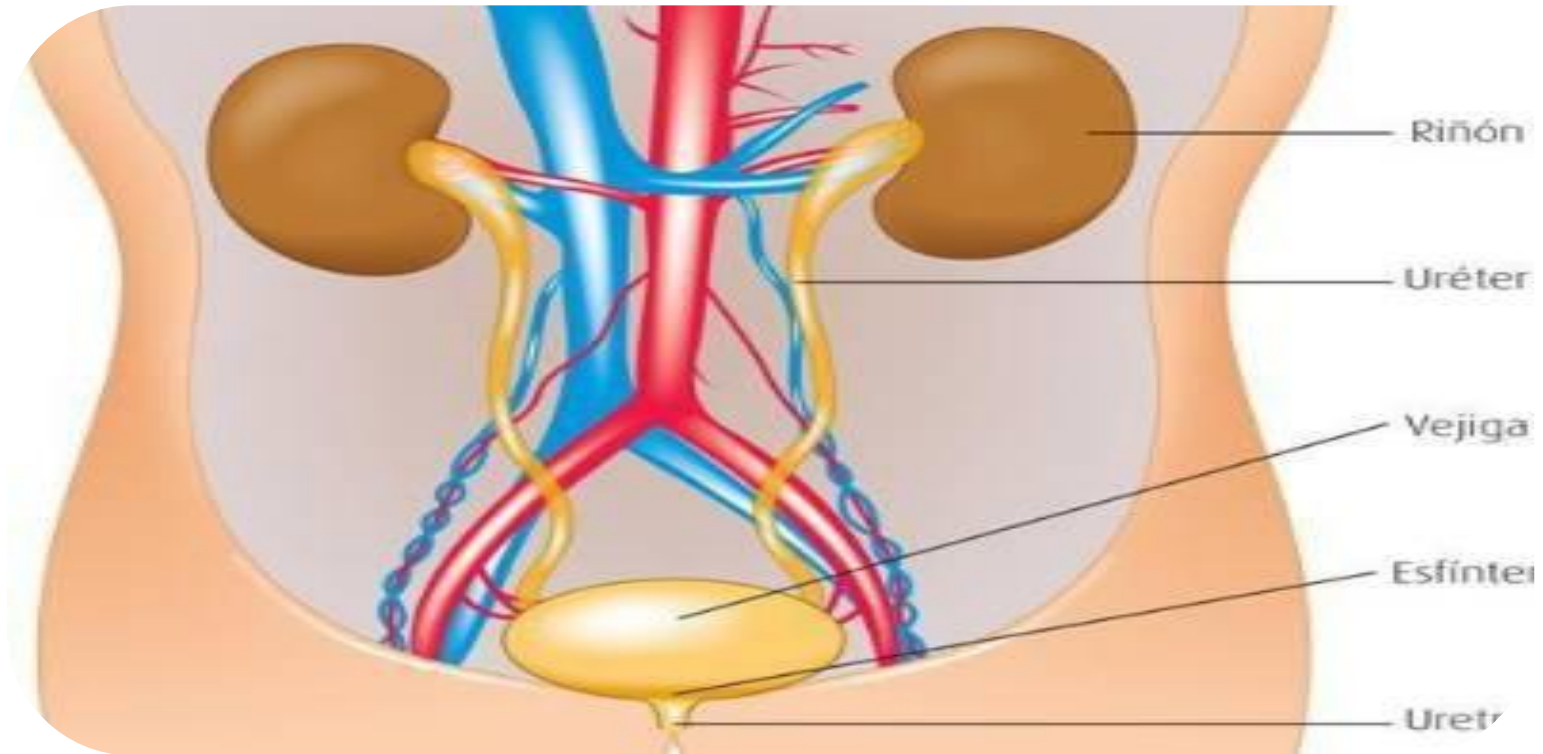


MENINGITIS

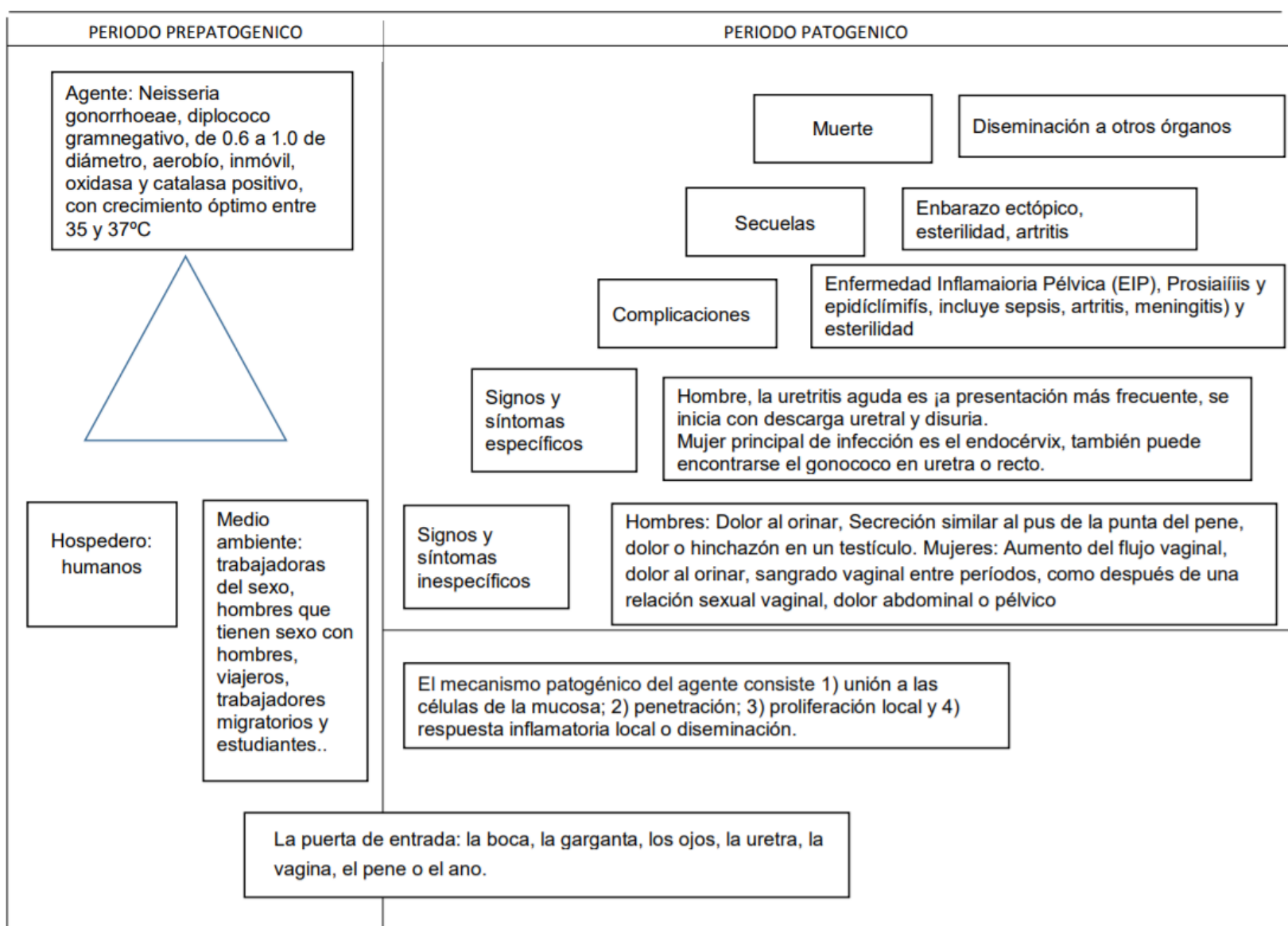
PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Agentes: meningitis viral ("aséptica"), más frecuentemente: enterovirus, virus de parotiditis (paperas), flavivirus (p. ej. virus de la encefalitis por garrapatas [Europa y Asia], virus del Nilo Occidental [África, América del Norte y América Central, Europa], virus de la encefalitis japonesa [Asia], </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> Huésped: humanos y animales </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> Método de contagio: alimentos contaminados </div> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%; text-align: center;">Muerte</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%; text-align: center;">Sin tratamiento</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Secuelas</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dificultad para tragar o hablar. Boca seca. Debilidad facial en ambos lados del rostro. </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Complicaciones:</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Disnea</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Signos y síntomas específicos:</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Agitación psicomotora y alteraciones de la conciencia (hasta el coma), convulsiones focales o generalizadas, paresias espásticas u otros signos de la afectación de las vías piramidales, paresias o parálisis de los pares craneales </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Signos y síntomas inespecíficos:</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Signos de hipertensión intracraneal: cefalea (fuerte, pulsátil o explosiva, no cede con analgésicos ni AINE), náuseas y vómitos, bradicardia, insuficiencia respiratoria </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> El reservorio es más frecuentemente humano (enfermos o portadores), menos frecuentemente animales salvajes y domésticos (p. ej. L. monocytogenes, Borrelia), entre ellos las aves (Cryptococcus neoformans, virus del Nilo Occidental) </div>	Muerte	Sin tratamiento	Secuelas	Dificultad para tragar o hablar. Boca seca. Debilidad facial en ambos lados del rostro.	Complicaciones:	Disnea	Signos y síntomas específicos:	Agitación psicomotora y alteraciones de la conciencia (hasta el coma), convulsiones focales o generalizadas, paresias espásticas u otros signos de la afectación de las vías piramidales, paresias o parálisis de los pares craneales	Signos y síntomas inespecíficos:	Signos de hipertensión intracraneal: cefalea (fuerte, pulsátil o explosiva, no cede con analgésicos ni AINE), náuseas y vómitos, bradicardia, insuficiencia respiratoria
Muerte	Sin tratamiento										
Secuelas	Dificultad para tragar o hablar. Boca seca. Debilidad facial en ambos lados del rostro.										
Complicaciones:	Disnea										
Signos y síntomas específicos:	Agitación psicomotora y alteraciones de la conciencia (hasta el coma), convulsiones focales o generalizadas, paresias espásticas u otros signos de la afectación de las vías piramidales, paresias o parálisis de los pares craneales										
Signos y síntomas inespecíficos:	Signos de hipertensión intracraneal: cefalea (fuerte, pulsátil o explosiva, no cede con analgésicos ni AINE), náuseas y vómitos, bradicardia, insuficiencia respiratoria										

Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Dar platicas en población con riesgo	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	No comer en lugares no higiénicos	Análisis general del LCR: interpretación de los resulta la presión del LCR suele estar aumentada (>200 mm H2O), en particular en la meningitis purulenta Hemocultivo (bacterias, hongos): realizar en todos los enfermos con sospecha de meningitis antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano (Adulto <50 años ceftriaxona iv. 2 g cada 12 h (o cefotaxima iv. 2-3 g cada 6 h) + vancomicina, esta se debe evaluar según la resitencia local de S. pneumoniae 1 g cada 8-12 h durante 10-14 días: combinación básica que cubre las causas más frecuentes; como alternativa meropenem iv. 2 g cada 8 h. Manejo general 1) fluidoterapia iv. en función del estado hemodinámico del paciente y la conservación del equilibrio hidroelectrolítico. Se recomienda no limitar el volumen de los líquidos por debajo de las necesidades diarias	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	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.

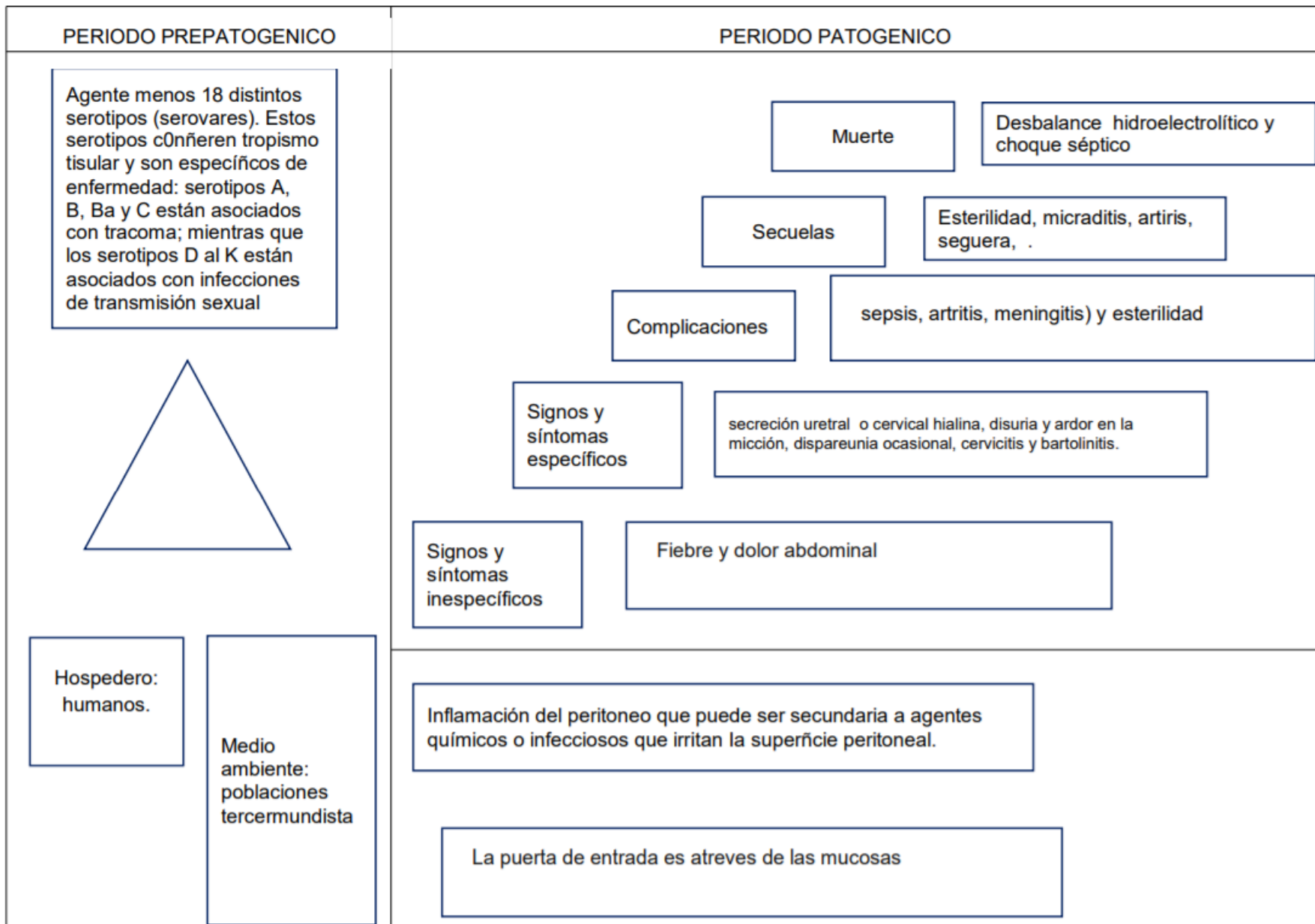
SISTEMA GENITOURINARIO



GONORREA

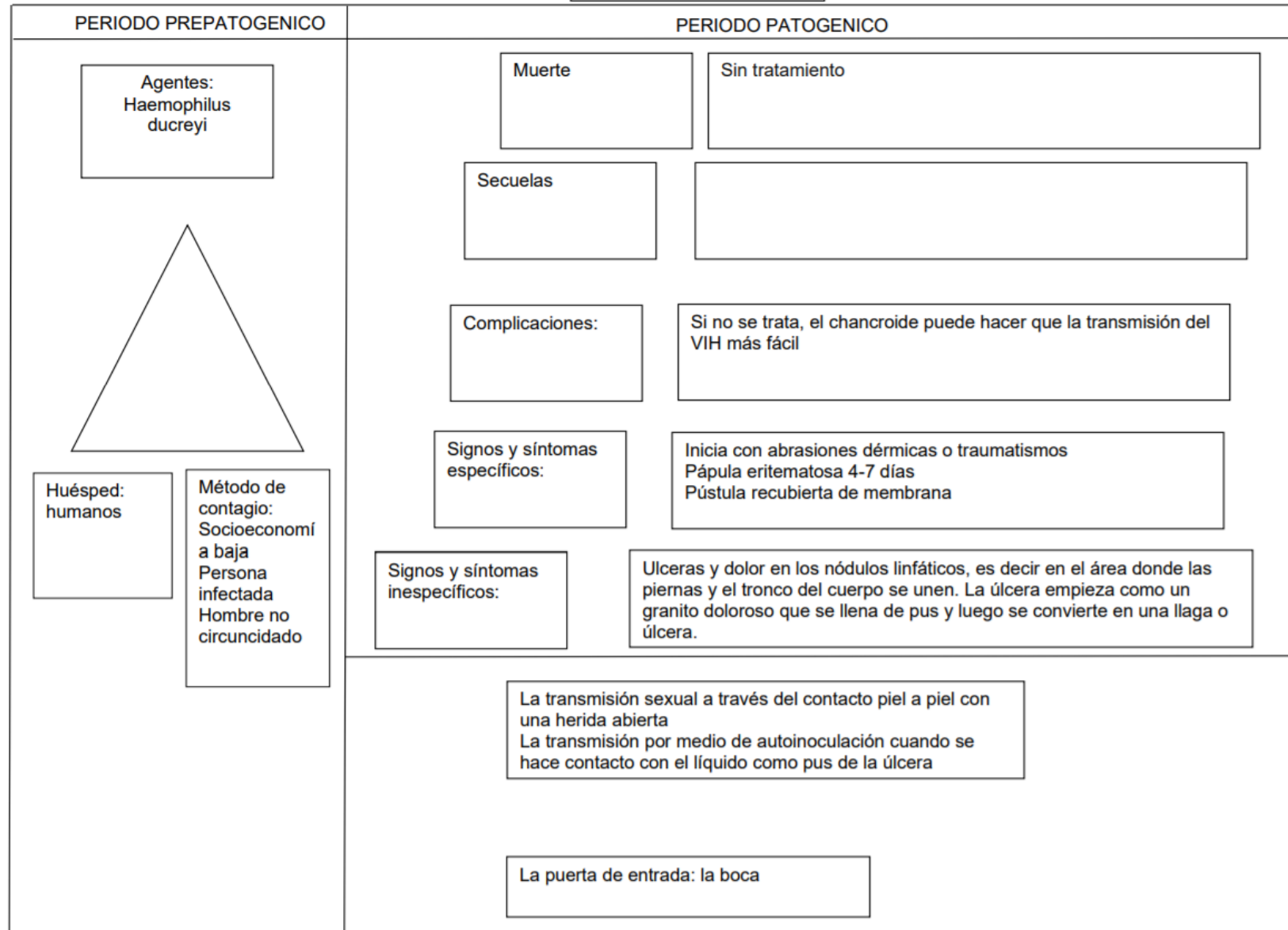


PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
<p>Dar folletos informativos</p> <p>Promover el uso del condón</p>	<p>Dar pláticas a la gente para que conozca los riesgos de esta enfermedad</p>	<p>Abstinencia sexual</p> <p>Uso de condón</p>	<p>Muestra d orina</p> <p>Examen pélvico</p> <p>Tinción de gram</p> <p>Hisopados</p>	<p>El tratamiento de primera elección es una dosis de ceftriaxona de 250 mg por vía intramuscular</p>	<p>Dejar de tener relaciones sexuales</p>	<p>Buena dieta alimentaria.</p> <p>Terapias con asesorías médicas.</p>



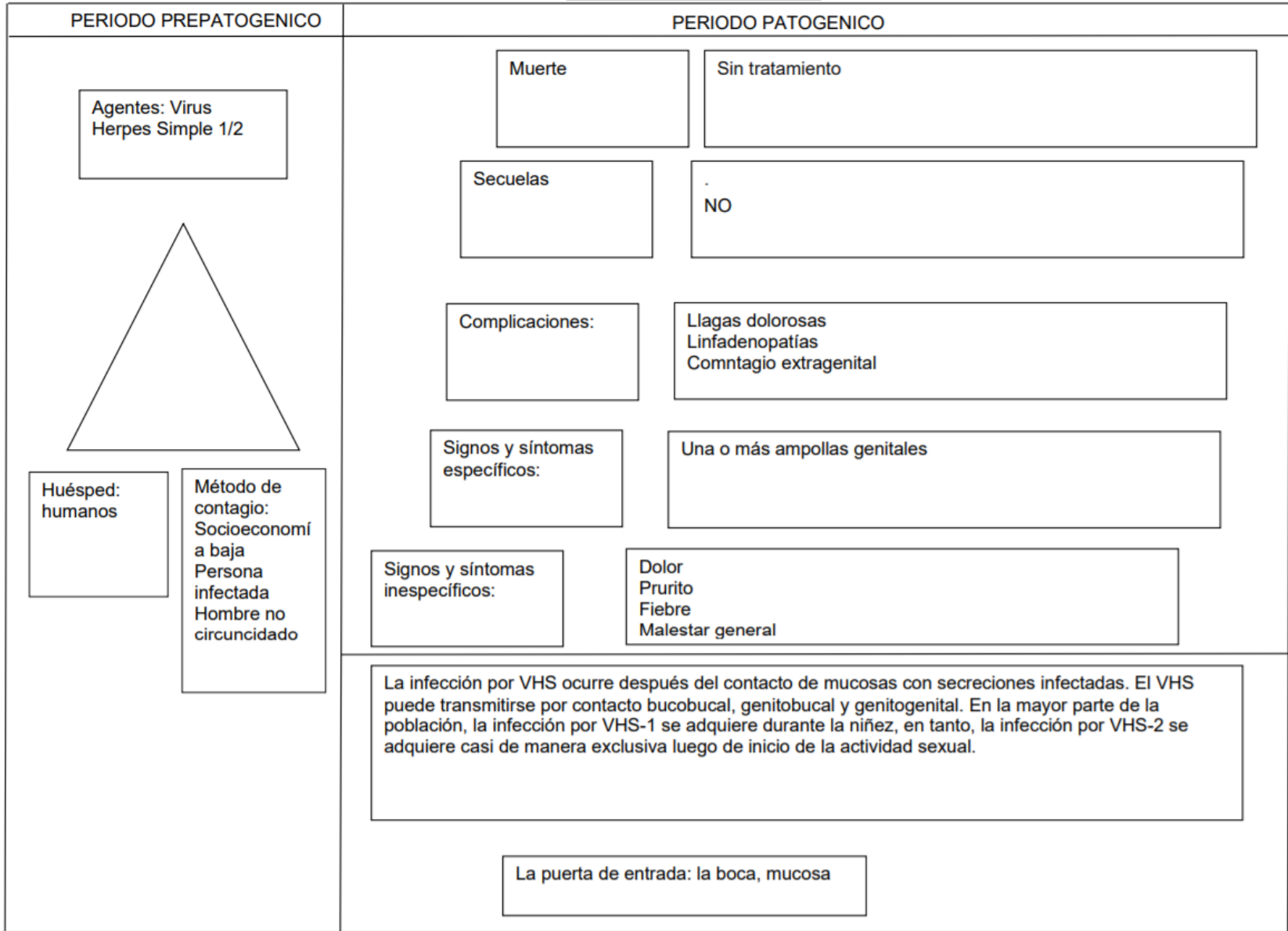
PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Tener una higiene adecuada.	Dar platicas a la gente para que conozca el plato del buen comer y la importancia de un adieta saludable	No tener relaciones sexuales con diferentes parejas sexuales	Cultivos Tinción con giemsa Hacer biopsias	Antimicrobianos e hidratación. Depende del cuadro clínico ya que afecta a varios órganos o sistemas.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones como bridas y abscesos.	Buena dieta alimentaria.

CHANCRO



Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Dar platicas en población con riesgo	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Vacunación a no vacunados Higiene Educación a población	El aislamiento de la bacteria en una cultura de una úlcera genital.	Ceftriaxona IM 250mg unidosis Azitromicina VO 1gr unidosis Drenaje de bubones	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Si se necesita Dieta Y higiene corporal

HERPES

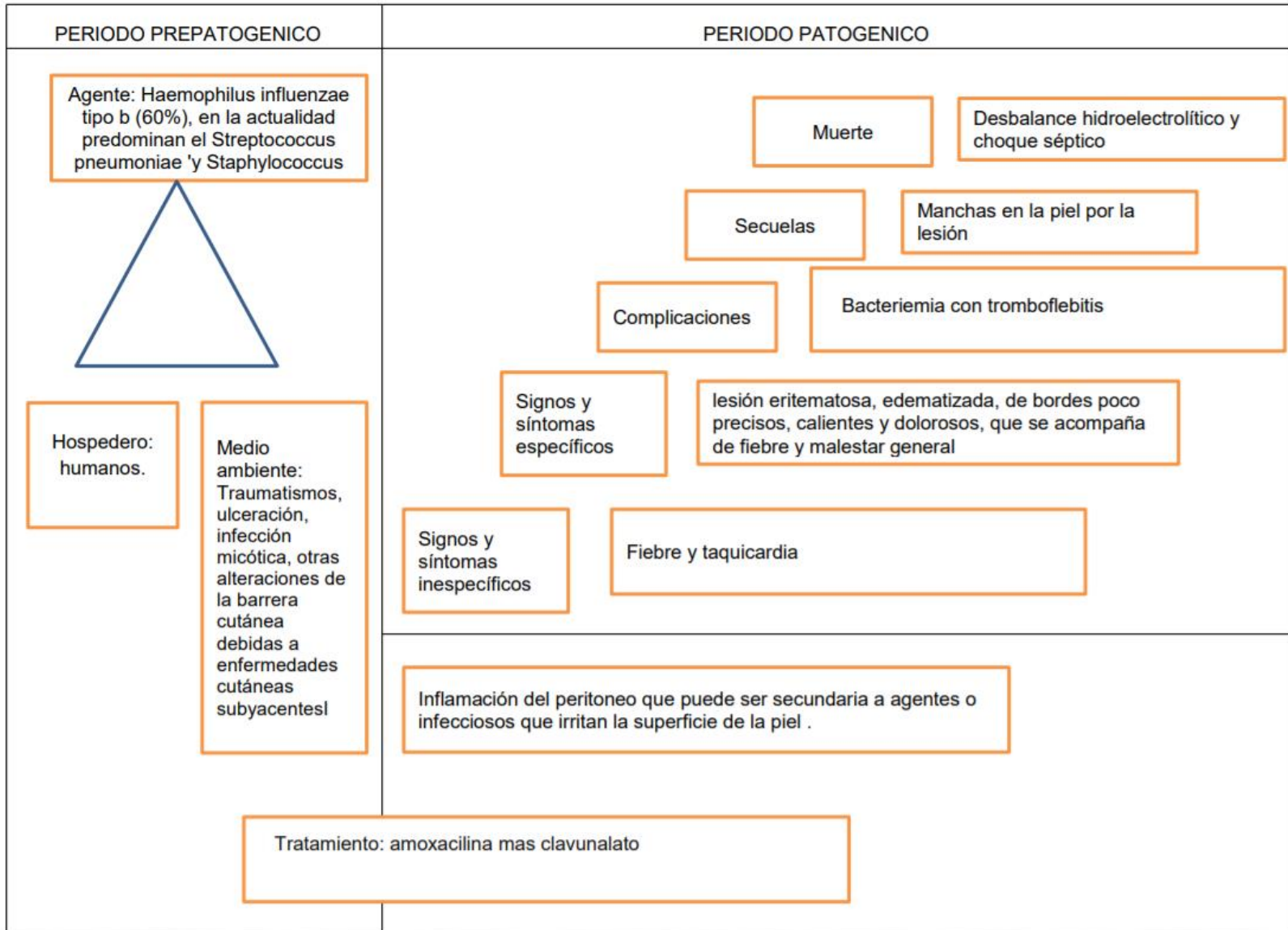


Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Educación a población sobre ETS Uso de condón Monogamia	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Abstinencia sexual Uso de métodos anticonceptivos Uso del condón	Basado en la anamnesis y en el cuadro clínico.	Aciclovir 400mg VO cada 8 hrs x 7 días Famciclovir 250mg VO cada 8 hrs x 7 días Valaciclovir 1gr VO cada 12 hrs x 7 días	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Si se necesita Dieta

INFECCIONES DE PIEL

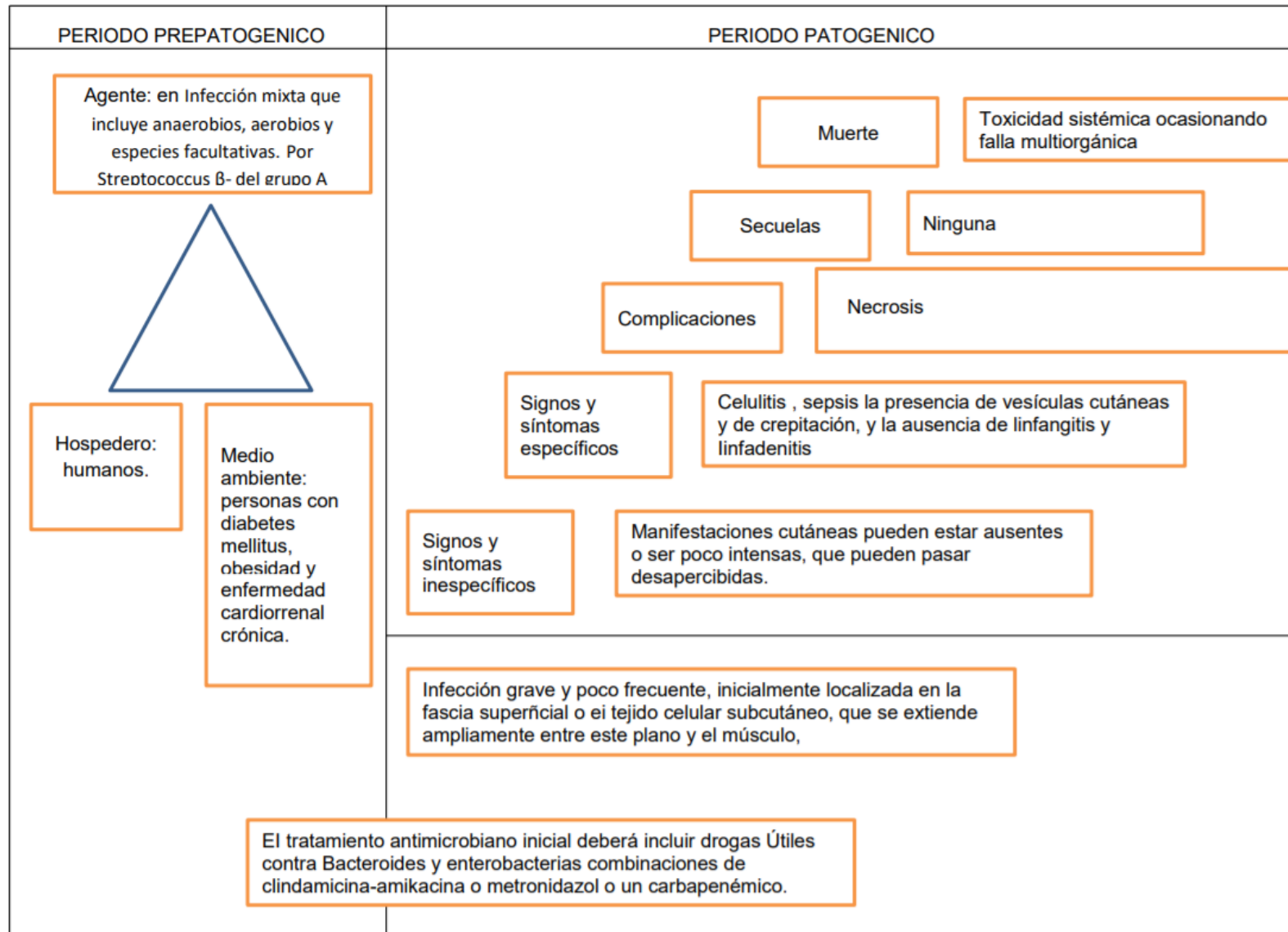


Celulitis



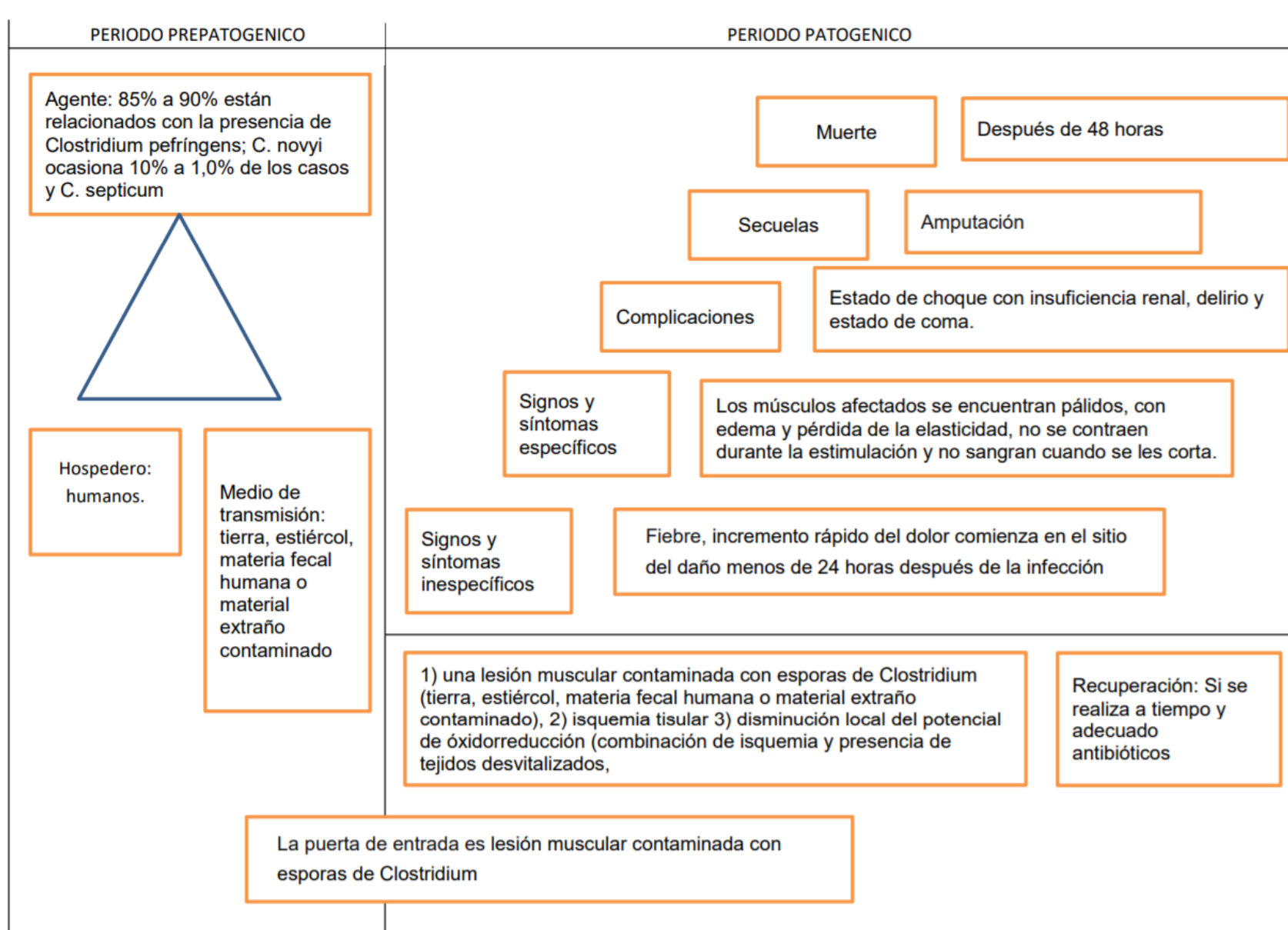
PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Tener una higiene adecuada.	<p>Dar platicas a la gente para que conozca el plato del buen comer y la importancia de un adieta saludable.</p> <p>Acudir al medico es importante</p>		<p>Hacer un examen físico del paciente y si está en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos.</p> <p>Hacer biopsias</p>	Antimicrobianos como amoxicilina, vancomician e hidratación.	En poblaciones adulto mayor no caminar en lugares peligroso, y bajar de peso es una de las posibles causas	Buena dieta alimentaria.

Fascitis necrosante



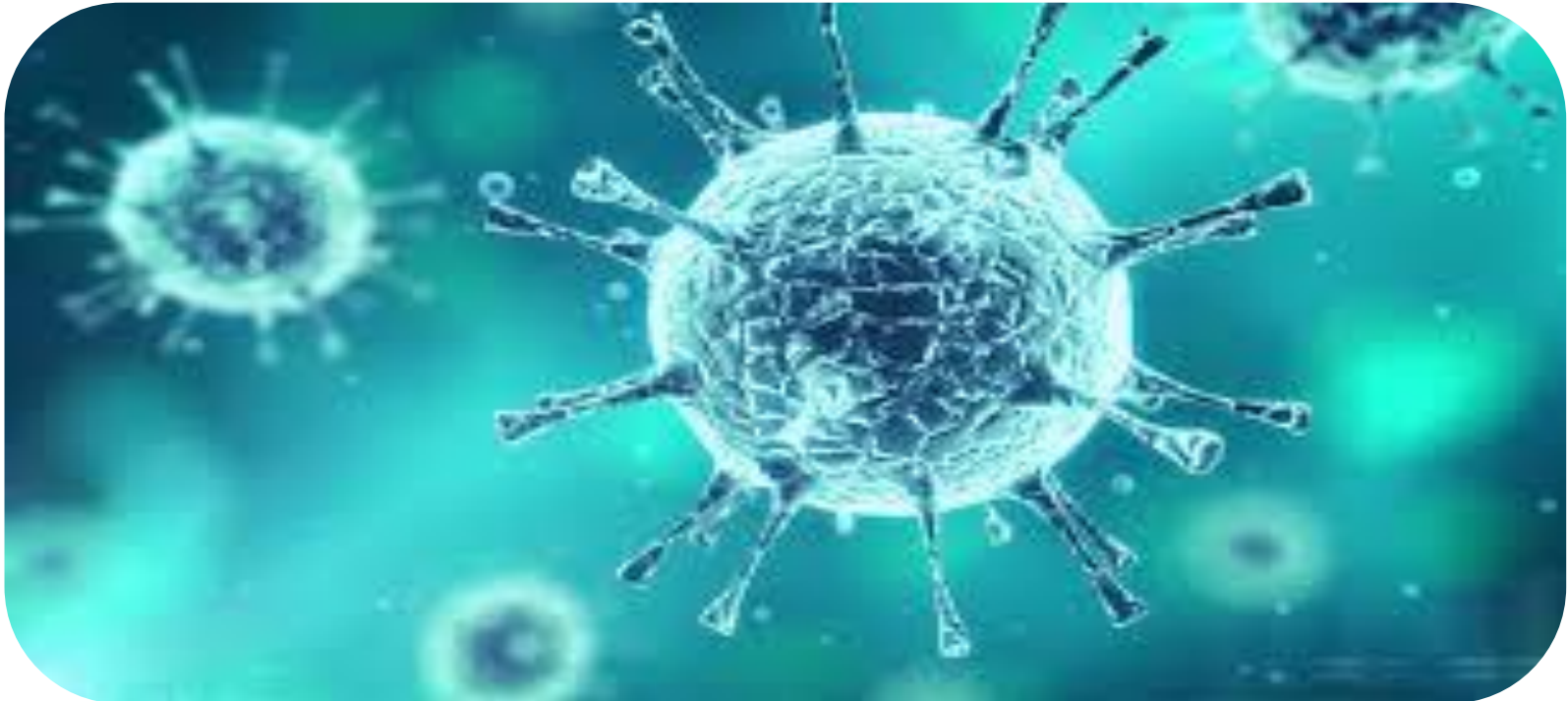
PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Tener una higiene adecuada.	Dar platicas a la gente para que conozca el plato del buen comer y la importancia de un adieta saludable	Como curar un aherida correctamente	Hacer un examen físico del paciente y si está en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos. Hacer biopsias, cultivos	El tratamiento antimicrobiano inicial deberá incluir drogas Útiles contra Bacteroides y enterobacterias combinaciones de clindamicina-amikacina o metronidazol o un carbapenémico.	Como tratar una herida	Buena dieta alimentaria.

Gangrena gaseosa



PREVECIÓN PRIMARIA			PREVECIÓN SECUNDARIA			PREVECIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
<p>Tener una higiene adecuada con los alimentos.</p> <p>Tener una buena higiene después de una cirugía</p>	<p>Dar pláticas a la gente para que conozca los riesgos de esta enfermedad</p> <p>Ensañar el correcto lavado de manos y su importancia.</p>	<p>Vacunar y hervir el agua.</p> <p>Desinfectar objetos.</p>	<p>Hacer examen histológico se observa necrosis coagulativa con numerosos bacilos gram positivos.</p> <p>El frotis del exudado o aspirado de la lesión teñido con Gram, muestra abundantes bacilos gram Positivos.</p>	<p>Antimicrobianos el tratamiento antibiótico empírico sería penicilina ± clindamicina, y en pacientes alérgicos clindamicina 600mg/6 horas endovenoso.</p>	<p>Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones</p>	<p>Buena dieta alimentaria.</p> <p>Y desinfección de la herida</p>

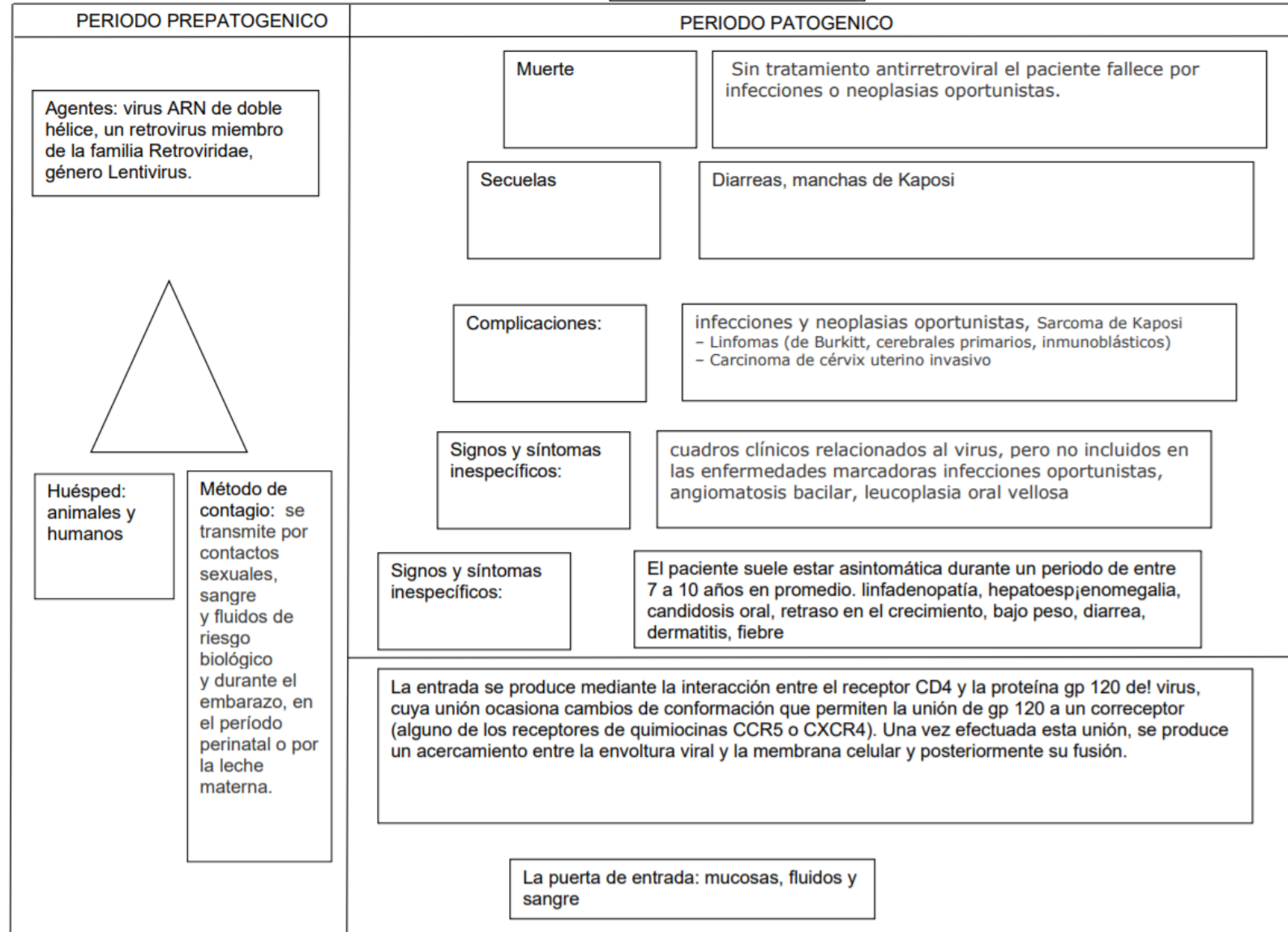
INFECCIONES VIRALES



	Dengue	Chinkunnguya	Zika
Etiología	DENV-1, DENV-z, DENV-3 y DENV-4 Aedes aegypti	Aedes aegypti familia Togaviridae	Aedes causada por el virus Zika (ZIKV)
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre elevada (40 °C) • Dolor de cabeza muy intenso • Dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares • Náuseas • Vómitos • Agrandamiento de ganglios linfáticos • Salpullido. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sintomatología es aparente entre 1 a 12 días posteriores con un promedio de 3-7 días. • Aparece con fiebre repentina 39°C Poliartralgias severas y que postran a las personas. • Puede acompañarse de cefalea mialgias • Conjuntivitis con enrojecimiento importante • Vómito • Náuseas, • Linfadenopatías • Rash 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre leve • Sarpullido (principalmente maculo-papular) • Dolor de cabeza • Dolor en las articulaciones, dolor muscular • Malestar general • Conjuntivitis no purulenta que ocurre entre 2 a 7 días después de la picadura del mosquito vector.
Con síntomas de alarma	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor espontáneo o provocado de abdomen • Vómitos persistentes • Acumulación clínica de fluidos (ascitis, derrame pleural p. ej.) • Sangrado de mucosas • Letargia:irritabilidad • Hepatomegalia >2 cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Uveítis (importante diferenciarlo con leptospirosis) • Mielitis • Retinitis • Hepatitis • Nefritis • Miocarditis • Manifestaciones del sistema nervioso • Corno parálisis de los nervios craneales • Síndrome de GuillainBarre • Meningoencefalitis 	
Relevancia en cada una de las patologías	Los síntomas se presentan al cabo de un periodo de incubación de 4 a 10 días después de la picadura de un mosquito infectado y por lo común duran entre 2 y 7 días.	Los síntomas comienzan generalmente de 4 a 8 días después de la picadura de mosquitos, pero pueden aparecer en cualquier momento entre el día 2 y el día 12	usualmente leve, con síntomas que pueden durar entre 2 y 7 días

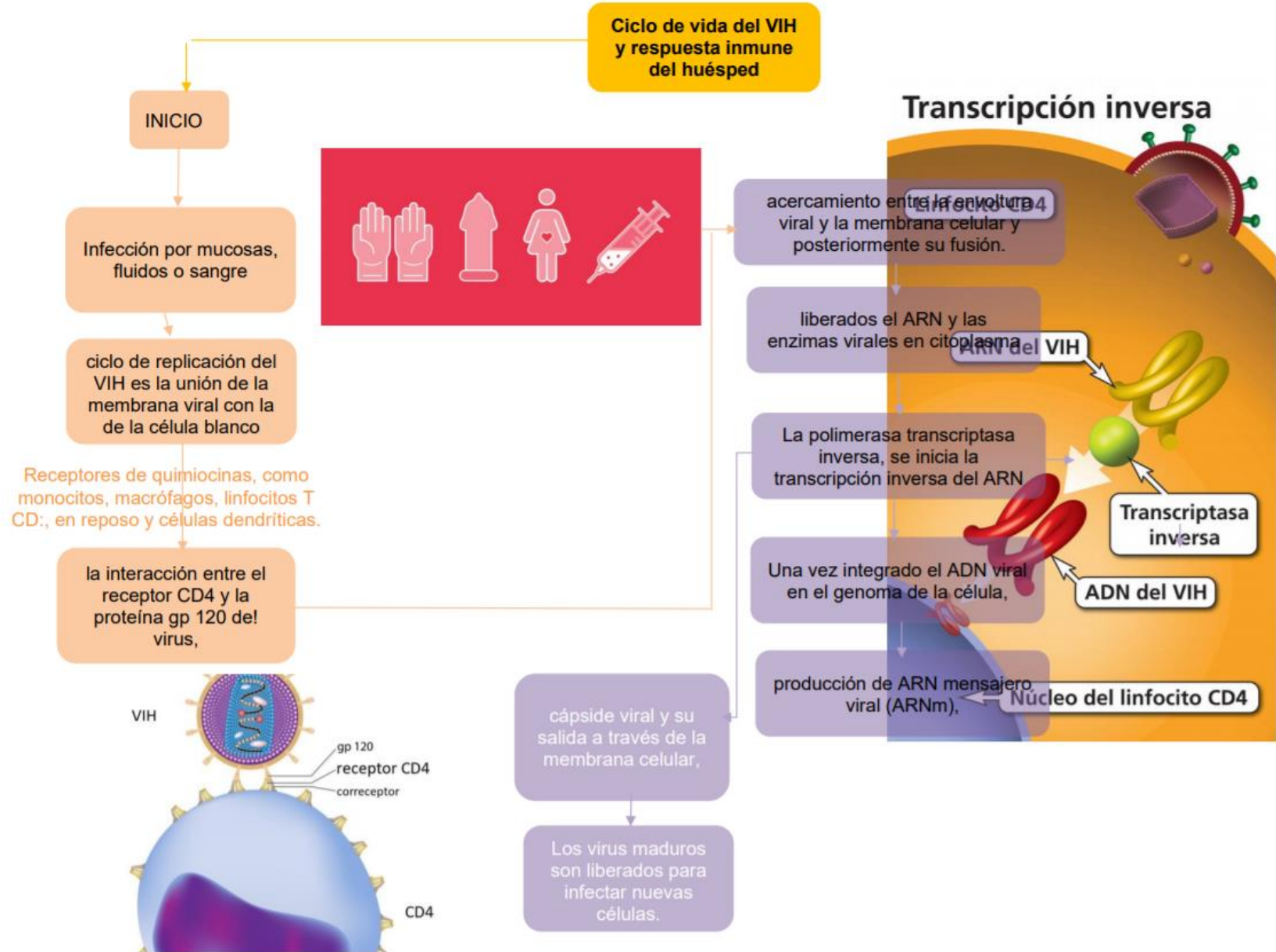
<p>Tratamiento</p>	<p>Primoinfección el tratamiento es sintomático, utilizando paracetamol como medicamento de elección la enfermedad cede en forma espontánea entre 2 a 12 días</p> <p>CON SIGNOS DE ALARMA Promover líquidos orales ante la intolerancia oral iniciar líquidos IV con solución salina 09% o lactato de Rínger & tasa de mantenimiento</p> <p>CON DATOS DE ALARMA Comenzar con líquidos IV con soluciones Isotónicas cristaloides a 510 ml/kg/hr durante una hora.</p>	<p>Manejo sintomático</p>	<p>El tratamiento consiste en aliviar el dolor y la fiebre o cualquier otro síntoma que cause molestias al paciente. Para evitar la deshidratación producto de la fiebre, se recomienda controlarla, guardar reposo y tomar abundante agua. No hay una vacuna o medicamento específico contra este virus</p>
---------------------------	--	---------------------------	--

VIH



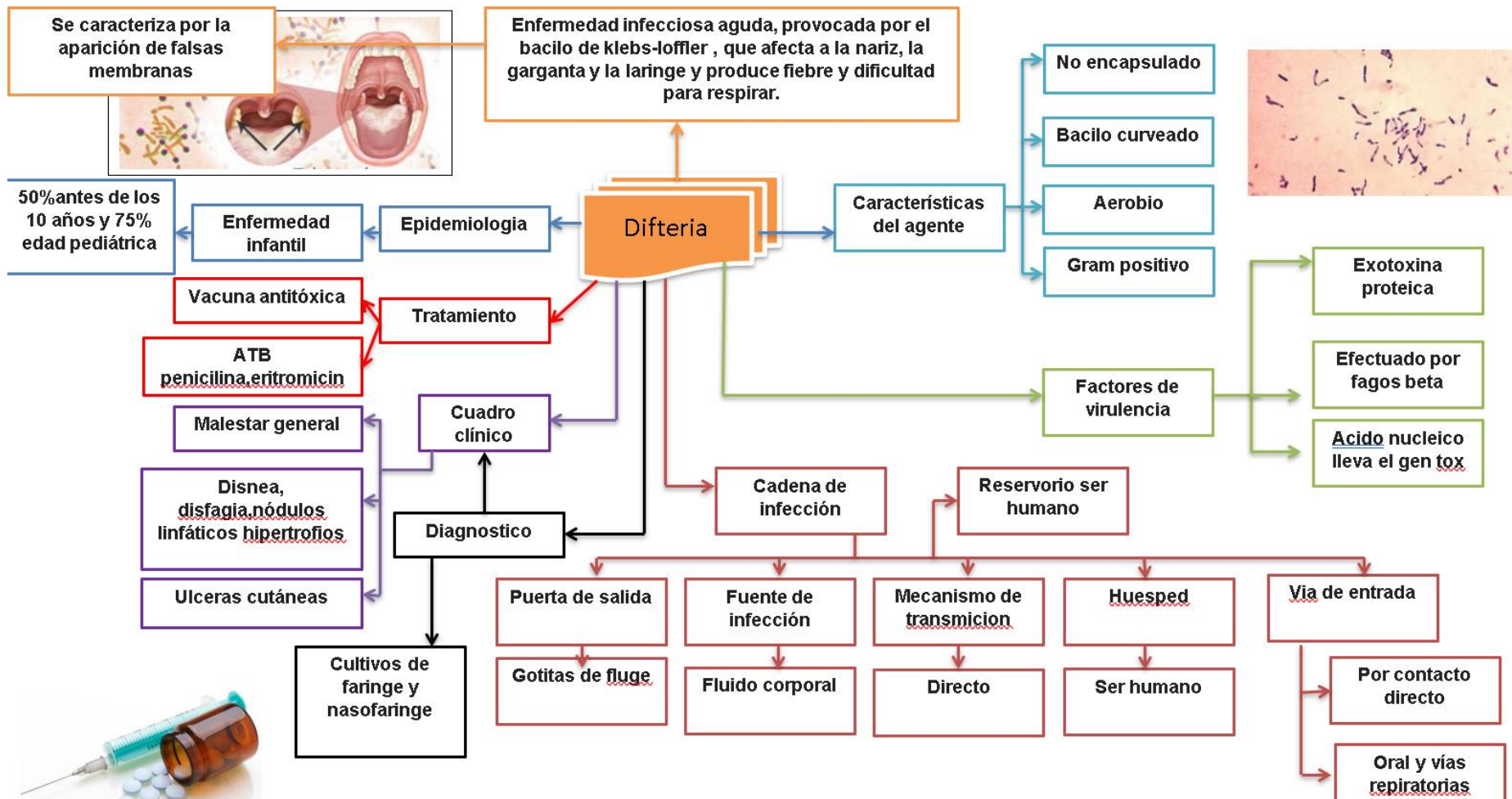
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Uso correcto de métodos anticonceptivos,	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Abstinencia sexual Reducción del numero de parejas sexuales	El diagnóstico se basa en la sospecha de infección, presencia de factores de riesgo, y en la confirmación por pruebas de laboratorio. En niños Las pruebas de detección de anticuerpos, incluyendo las pruebas rápidas, no deben realizarse en niños menores de 18 meses	Terapia antirretroviral combinada (TARV combinada): combinación de varias (con mayor frecuencia 3) drogas antirretrovirales de actividad sinérgica que bloquean la replicación del VIH. inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de los nucleósidos/nucleótidos (ITIN) inhibidores de la proteasa (IP) inhibidores de la integrasa inhibidores del CCR5.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	n

MECANISMOS PATOGENICOS DEL VIRUS (VIH).

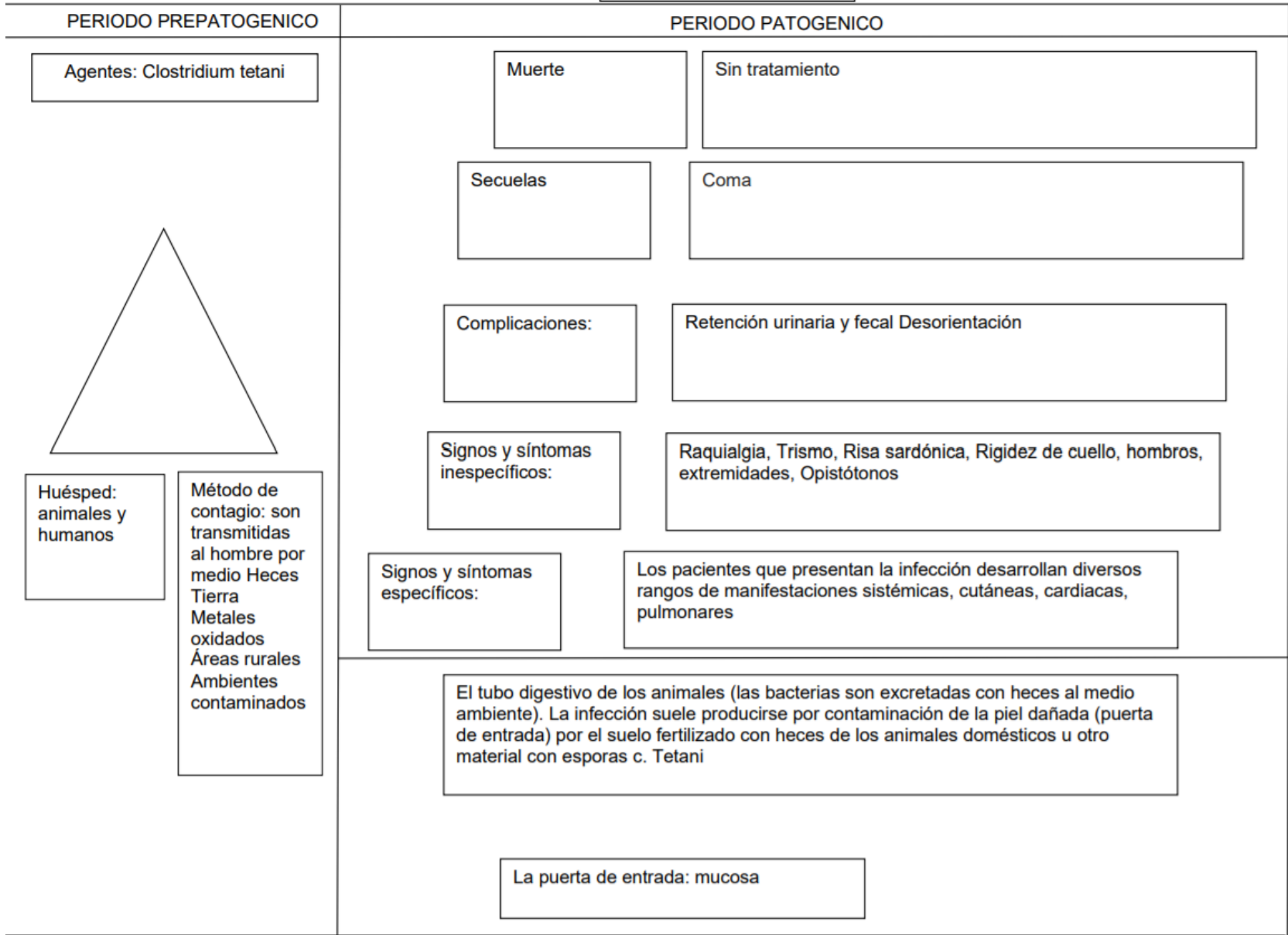


ENFERMEDADES PREVENIBLES CON VACUNACION



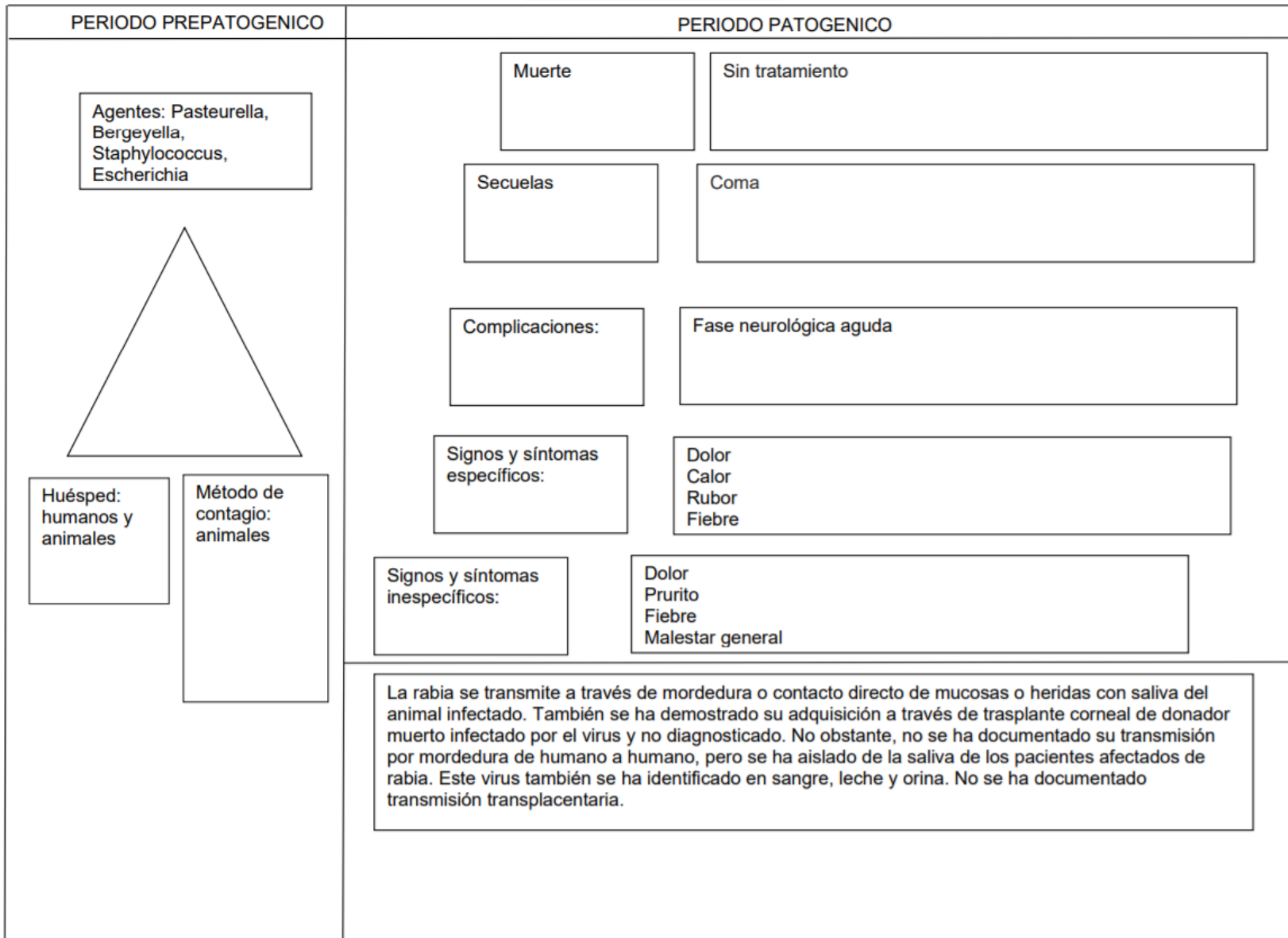


TETANOS



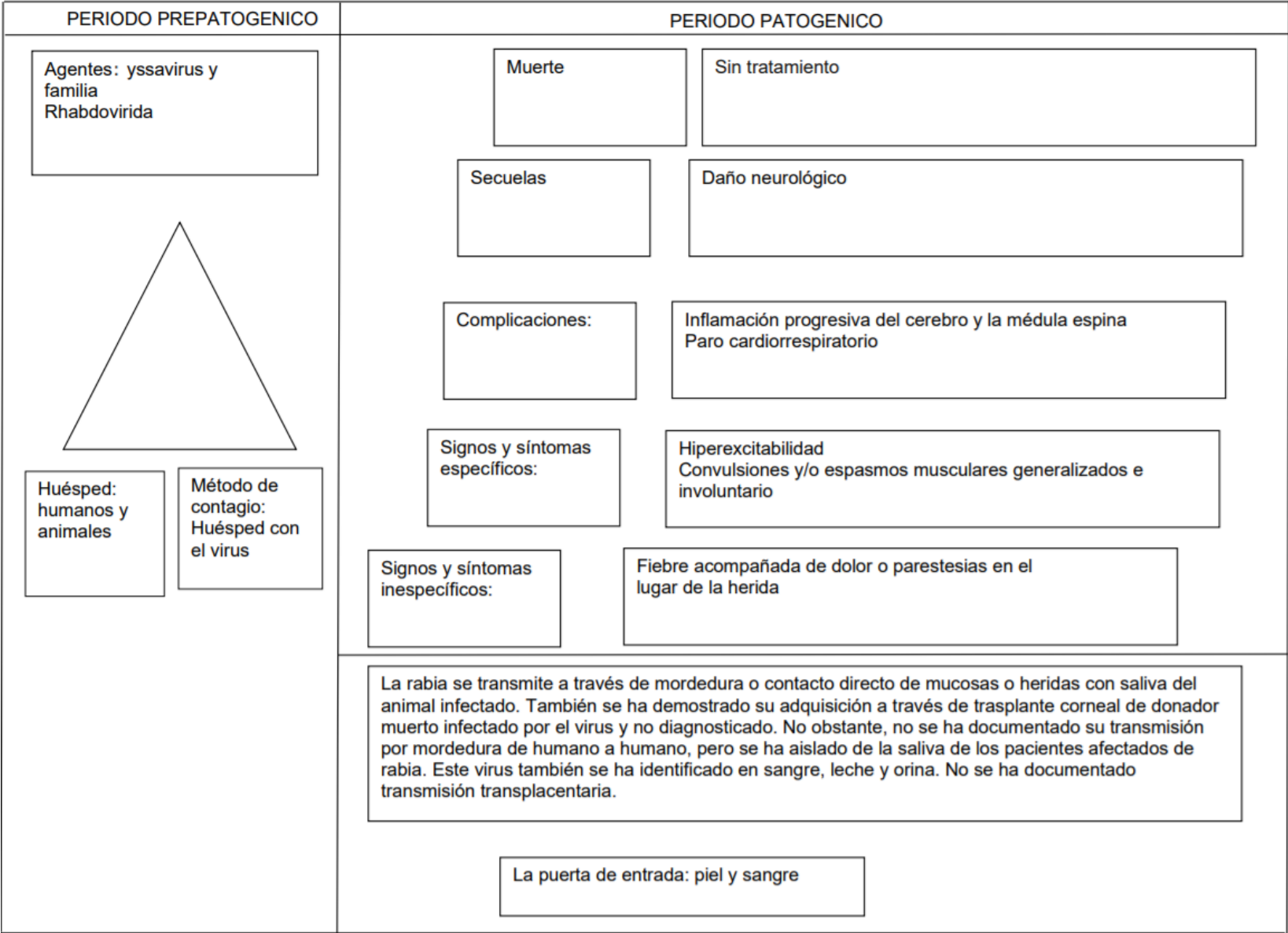
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Dar platicas en población con riesgo	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Vacunación a no vacunados Higiene Educación a población	Características clínicas	Antitoxina. Tu médico puede darte una antitoxina tetánica, como la inmunoglobulina antitetánica. Sin embargo, la antitoxina puede neutralizar solamente la toxina que aún no se adhirió al tejido nervioso. Antibióticos. Tu médico también puede recetarte antibióticos por vía oral o inyectables para combatir la bacteria del tétanos. Vacuna. Todas las personas con tétanos deberían recibir la vacuna antitetánica al recibir el diagnóstico.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Si se necesita Asistencia respiratoria Dieta Aseo básico

MORDEDURA ANIMAL



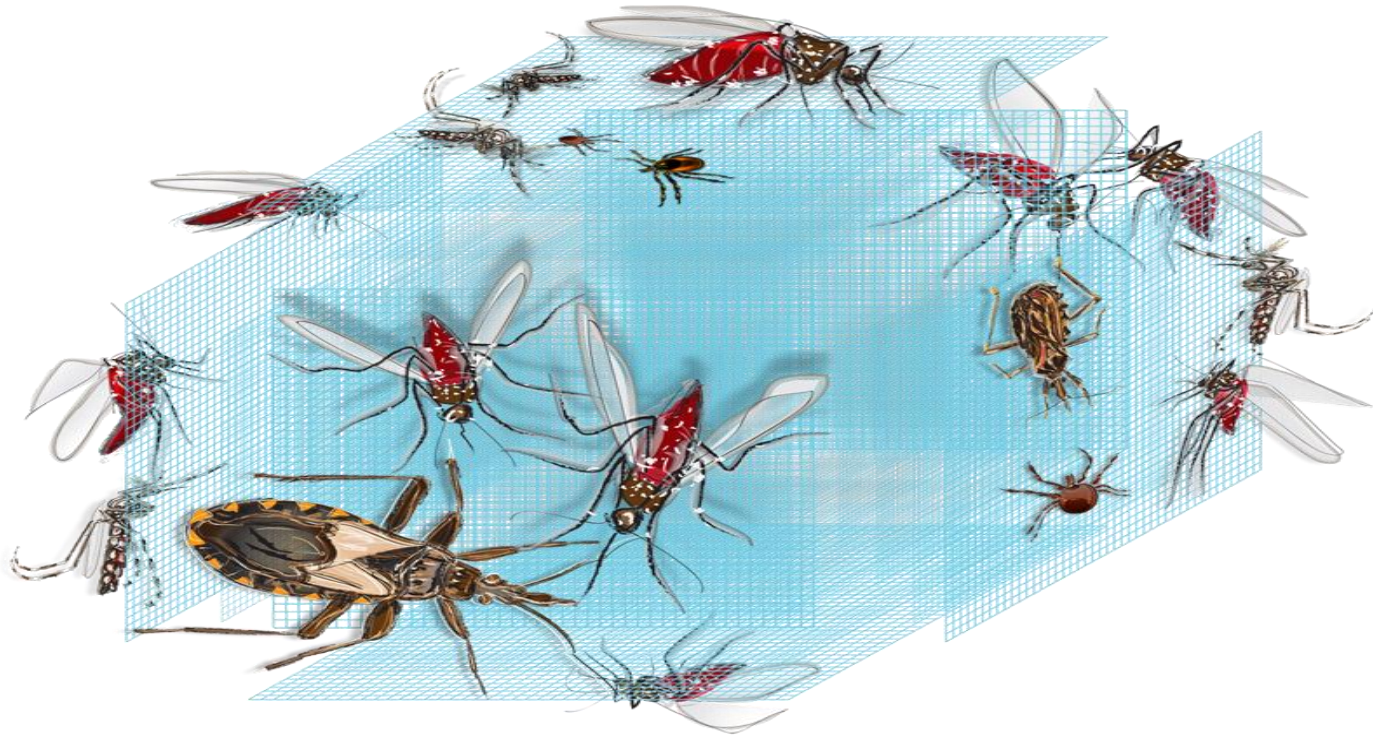
Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Educación a población sobre posibles síntomas	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Vacunación y precaución de con animales pequeños	Basado en la anamnesis y en el cuadro clínico.	Vacunación antitetánica y antirrábica	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Si se necesita

RABIA

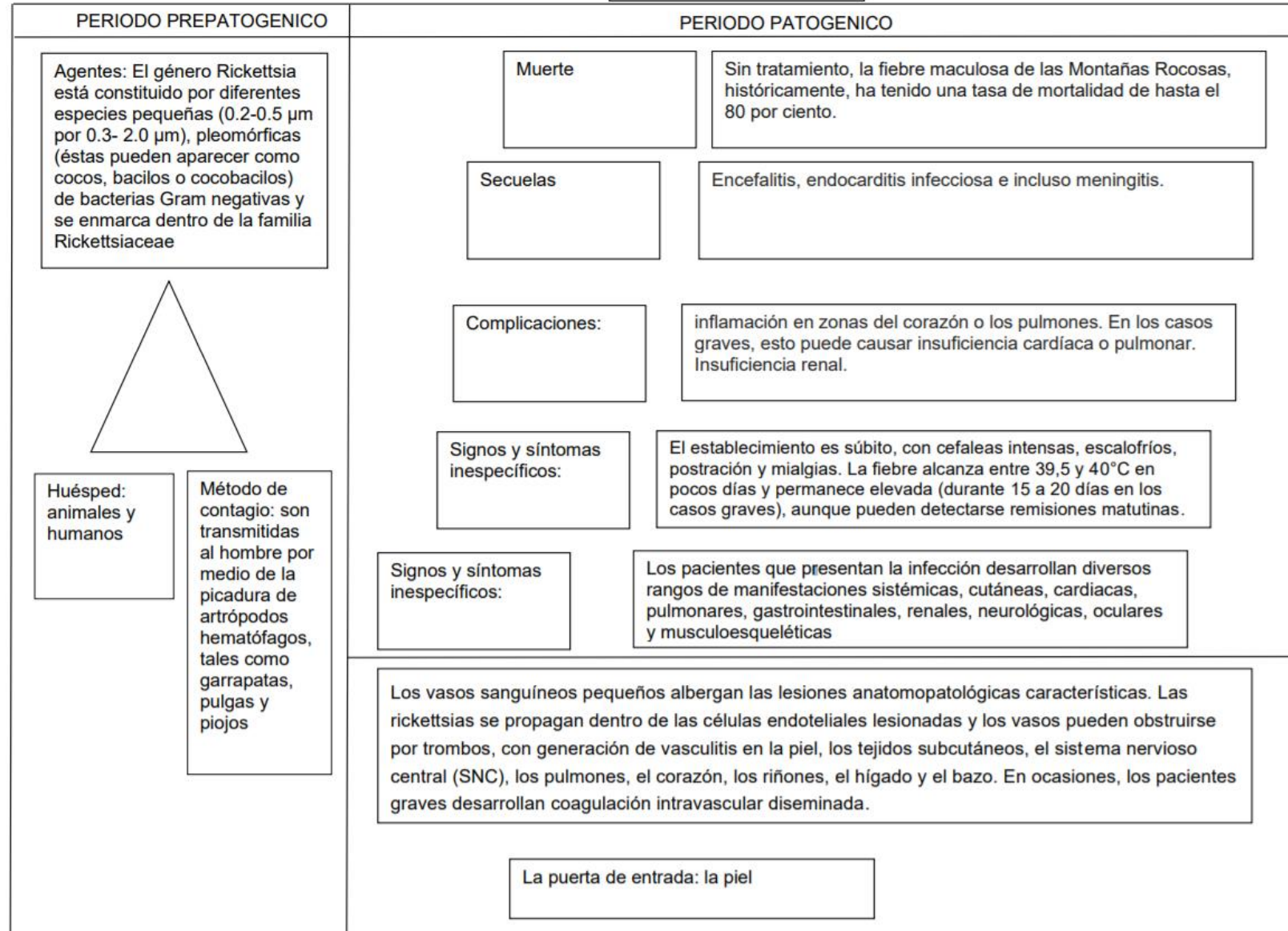


Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
educación a la población. 2.- Información sobre la vacunación antirrábica. 3.- Información sobre el cuidado y manejo de las lesiones.	Reservorio: Vacunación a los gatos y perros observación y diagnóstico de animales sospechosos y control de la deambulacion en la vía pública del perro.	Vacunación a no vacunados Higiene Educación a población	Basado en la anamnesis y en el cuadro clínico.	Una inyección de acción rápida (inmunoglobulina antirrábica) para prevenir que el virus te infecte. Parte de esta inyección se aplica cerca del área donde el animal te mordió, si es posible, en el menor tiempo posible después de la mordedura. Una serie de vacunas antirrábicas para ayudar a que el cuerpo aprenda a identificar y combatir el virus de la rabia. Las vacunas contra la rabia se administran en forma de inyecciones en el brazo. Se aplican cuatro inyecciones durante 14 días.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	tratamiento de inducción al coma sólo ha funcionado en una persona, intentos posteriores por este mismo método no han sido exitoso

ENFERMEDADES POR VECTORES



FIEBRE MANCHADA

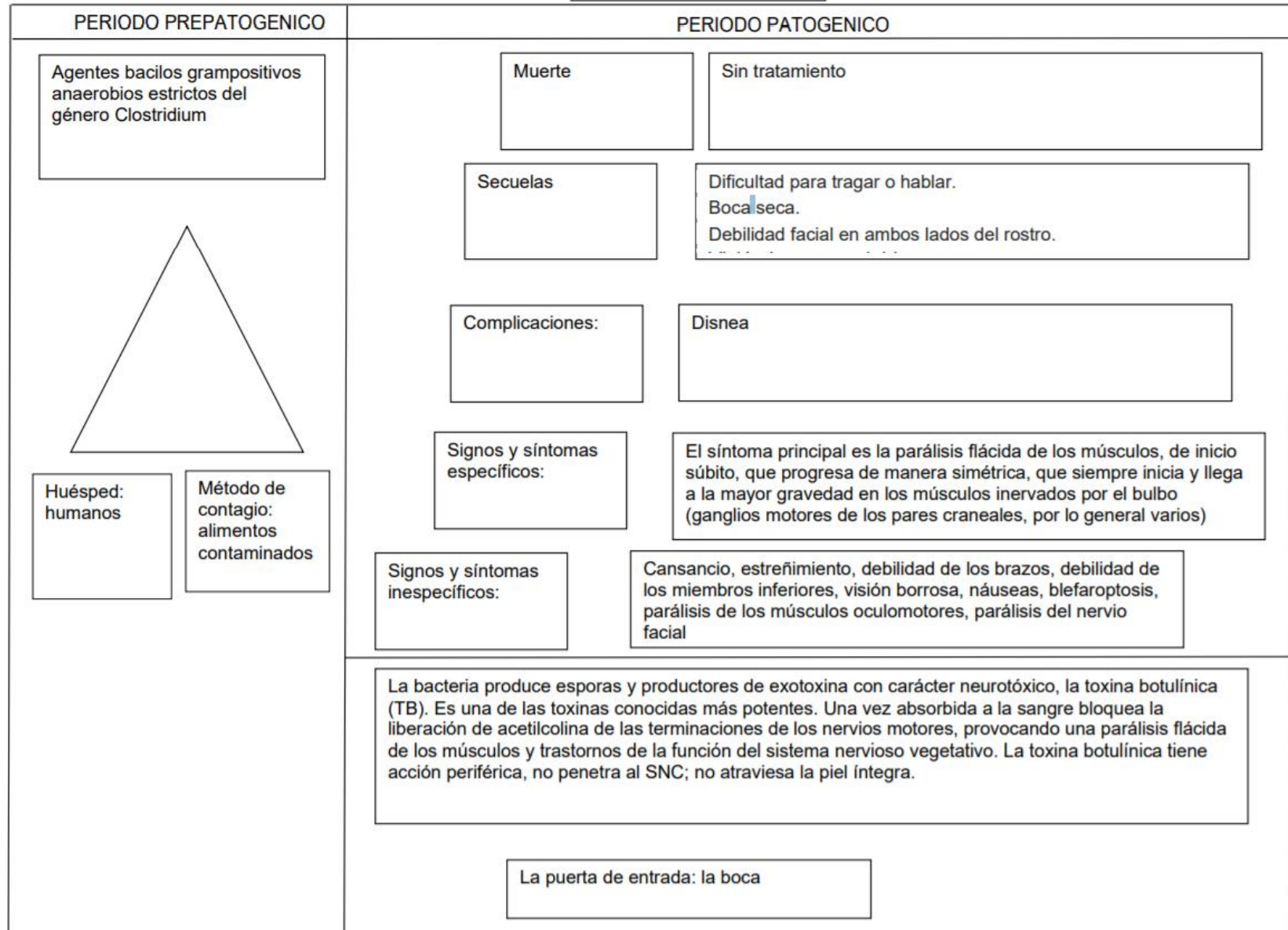


Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Usar repelentes	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Buena higiene en los animales de granjas. Usar pantalones largos y mangas largas Usa repelentes de insectos	Características clínicas Biopsia del eritema con tinción con anticuerpos fluorescentes para detectar microorganismos Pruebas serológicas en las etapas aguda y de convalescencia (las pruebas serológicas no son útiles en la fase aguda) PCR	El tratamiento primario consiste en la administración de 200 mg de doxiciclina por vía oral en 1 sola dosis seguida por 100 mg 2 veces al día hasta que el paciente mejore, haya permanecido afebril durante 24 a 48 horas y haya recibido tratamiento durante al menos 7 días.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	n

OTRAS ENFERMEDADES

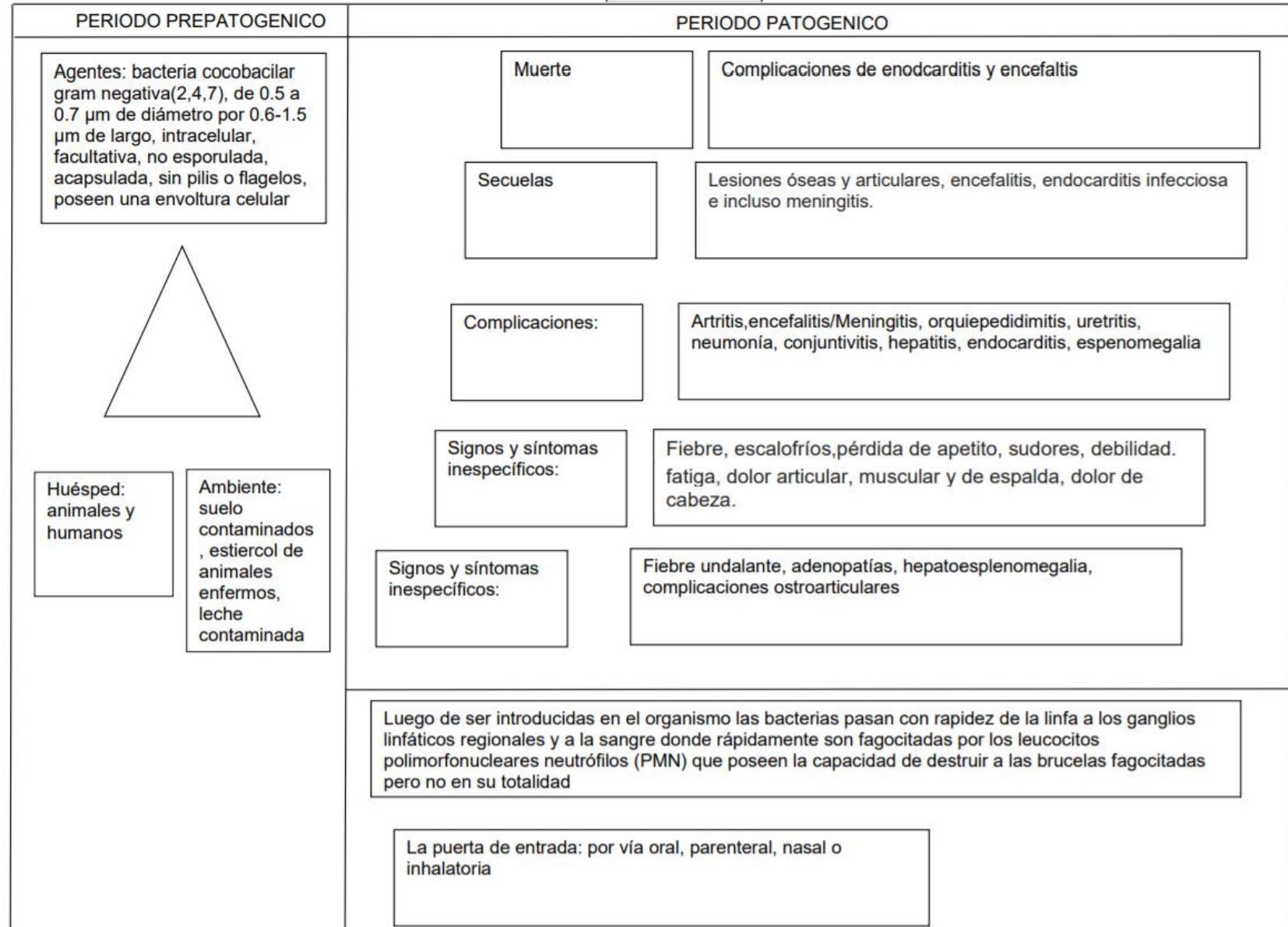


BOTULISMO



Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Dar platicas en población con riesgo	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Vacunación a no vacunados Higiene Educación a población	Basado en la anamnesis y en el cuadro clínico.	Antitoxina antibotulínica Dosis 50-100 ml IM (en emergencia vital iv.). Antes de administrar la antitoxina realizar la prueba de hipersensibilidad a la antitoxina Antibioticoterapia está indicada exclusivamente en botulismo por herida.	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Si se necesita Asistencia respiratoria Dieta

BRUCELOSIS



Promoción a la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Tener una higiene adecuada.	Dar platicas a la gente para que conozca los principales síntomas y que acudan a su unidad de salud más cercana	Buena higiene e n los animales de granjas. Lavado de manos	Hacer un examen físico del pazeinte y si esta en una zona endémica actuar porque los síntomas son confusos . Hacer examen sanguíneo, en heces y orina.	Rifampicina Paracetamol, ranitidina, antimimeticos centrales, metoclopramida	Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que aparezcan complicaciones	Quirurgico de las complicacioens Artritis encefalitis/Meningitis orquiepididimitis endocarditis Psicológica Fatiga, depresión y neurosis

CASOS CLINICOS



Caso clínico rabia

Paciente femenino de 14 años acude a tu servicio por presentar dolor en la extremidad derecho a causa de una mordida de perro, hace aproximadamente una hora, paciente con todos los servicios básicos, con toda los esquemas de vacunación, antecedentes heredofamiliares sin importancia, antecedentes quirúrgicos, aplicación de yeso por dislocación en hombro izquierdo, zoonosis negativa, alérgica a la penicilina

A la exploración física el paciente estaba alerta, aunque ocasionalmente pronunciaba incoherencias. Temperatura de 39° C. En el tercer dedo de la mano izquierda se encontró pequeña cicatriz producto de la mordedura de can. La movilidad de cuello era normal y presentaba dificultad en la articulación de palabras. El resto del examen sin alteraciones. Por los antecedentes y la signo-sintomatología se decidió la internación de la niña con el diagnóstico presuntivo de rabia humana.

Se realizaron exámenes complementarios. El líquido cefalorraquídeo era cristal de roca con 21 células por campo a predominio polimorfonuclear, proteinorraquia negativa y glucorraquia de 63 mg/dL.

El tratamiento

El manejo de la herida. Limpiar profundamente con agua y jabón y agua por cinco minutos o cloróxido en dilución 1 en 20 o compuestos de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio al 1 a 4%) que inactivan a los virus.

Aplicar desinfectante: a) Isodine o alcohol al 40-70%. No suturar ni aplicar vendaje compresivo. Administrar toxoide tetánico y/o antibiótico si es necesario.

Inmunoglobulina antirrábica humana: 20 unidades/Kg de peso, 50% infiltrado localmente en la herida, resto I.M. en glúteo.

Caso clínico tétanos

Paciente de 18 años, sano, es traído por sus familiares al Servicio de Urgencias con el antecedente de haber acudido al mismo hacía por una herida penetrante -con un clavo- en el pie derecho mientras trabajaba en un taller mecánico. El paciente cuenta con todos los servicios básicos, sin el esquemas de vacunación completa, antecedentes heredofamiliares sin importancia, antecedentes quirúrgicos ninguno, toxicomanías tabaquismo, obesidad tipo 1.

- A la exploración física
- Temperatura : 37.5
- Fc: 124/80

- Cabeza y cuello simétricos sin adenomegalias,
- En la exploración se presenta rigidez no dolorosa y persistente en los músculos adyacentes al sitio de entrada.

Se realizan pruebas de laboratorio

BHC: con unaleucositosis leve, Tinción de gram: organismos gram +, con esporas subterminales, cultivos: C. Tetani.

Manejo :

- Antitoxinas: Gammaglobulina humana hiperinmune antitetánica,
- Antimicrobianos
- Penicilina G sódica: 100mil- 250mil UI/KG/día IV 10-14 días
- Metronidazol: 40mg/kg/día C/6hr IV 10-14 días
- Eritromicina 30mg/kg/día VO 10-14 días
- Tratamiento de la herida: aseo y desbridación inmediata

Caso clínico gangrena gaseosa

Paciente masculino de 42 años que se ingresa al servicio de urgencias, con una herida en el pie izquierdo con presencia de dolor creciente en el área afectada, acompañado de hipotensión y taquicardia. La temperatura 38°, pero la herida se encuentra aún más caliente en proporción con el cuerpo. La herida se torna inflamada, la piel de la herida se encuentra pálida por acumulación de líquido abajo de ella. Con eliminación de líquido seroso de color pardo, sanguinolento y de mal olor. el paciente refiere que la herida fue secundaria a que tuvo un traumatismo a nivel del pie el cual fue profundo al estar realizando actividades en su rancho, después refiere que pisó excremento accidentalmente de uno de sus animales después comenzó con el cuadro clínico anteriormente mencionado.

El paciente originario de una comunidad de los alrededores de Comitán, llamada Cash, cuenta con servicios de luz y agua, con el esquema de vacunación completo, antecedentes heredo-familiares de importancia, mamá con diabetes y padre con artritis reumatoide, antecedentes personales ninguno de importancia, antecedentes quirúrgicos amputación del dedo meñique por accidente del trabajo, convivencia con animales, con aves de corral y 2 perros. }

Exploración física.

Cabeza y cuello: sin presencia de adenomegalias, simétricos, sin presencia de cicatrices.
Abdomen y tórax: abdomen peristáltico, con ruidos intestinales normales, sin presencia de cicatrices y adenomegalias.

Manejo:

Penicilina G: 4 millones por IV C4-6horas
clindamicina: 600-900mg IV cada 6-8horas
casos clínico absceso cerebral

paciente masculino de 21 años e s ingresada al servicio de urgencias por presentar un cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por otalgia derecha por lo cual recibió tratamiento en base a amoxicilina por 7 días, no cediendo el cuadro, fue hospitalizada

debido a que se suma al cuadro vómitos frecuentes, mal estado general y supuración de oído derecho; luego de 8 días de tratamiento con cefotaxima y ampicilina, exploración física

Al examen físico se observa secreción purulenta y mal oliente de oído derecho, membrana timpánica congestiva y abombada en oído izquierdo, resto del examen sin particularidad. Ingresó con el diagnóstico de otitis media supurada. Se inicia antibiótico terapia en base a amoxicilina + ácido clavulánico más amikacina por vía parenteral. A las 48 horas, presenta nuevamente fiebre, vómitos, cefalea occipital, decaimiento general.

estudios complementarios

se realiza hemocultivo de la secreción del oído saliendo positivo a streptococo, se realiza tomografía (TAC) de cráneo sin contraste muestra imagen compatible con absceso cerebral que fue confirmado con TAC con contraste, en la cual se observa en los diferentes cortes, imágenes de colección rodeada por un anillo reforzado por el contraste en región occipital que llega incluso a región frontal siguiendo el trayecto del seno venoso sagital.

tratamiento

- Metronidazol tiene excelente penetración y excelente actividad contra las bacterias anaerobias
- Vancomicina también tiene excelente penetración en abscesos cerebrales
- Cefalosporinas de tercera generación: cefotaxima, ceftriaxona, ceftizoxima, ceftazidima. (especialmente de origen contiguo)
- Ampicilina-sulbactam (beta lactamico)

Caso clínico celulitis

Se trata de un paciente de 44 años, de ocupación constructor, quien consulta por cuadro clínico de tres días de evolución consistente en eritema, calor, dolor y edema en región

tenar, asociado a limitación la flexo extensión de articulación metacarpo falángica del primer, segundo y tercer dedo de la mano derecha, fiebre no cuantificada, astenia y adinamia.

Se inicia manejo con oxacilina 2 gramos IV cada 4 horas y gentamicina 80 mg IV cada día, es valorado por servicio de Medicina Interna, que, ante la sospecha de fascitis necrotizante, inicia manejo antibiótico con clindamicina 900 mg cada 6 horas, oxacilina 2 g cada 4 horas. Durante el segundo día de hospitalización el paciente presenta signos de sepsis severa dados por hipotensión, y signos de respuesta inflamatoria; se solicita valoración por cirugía de mano que hace diagnóstico de celulitis abscedada.

Estudios de Laboratorio: Hemocultivo: positivo a Streptococo pyógenes. Serológico: Títulos elevados de anticuerpos antiestreptolisina O. BH: Leucocitosis de 18,000, linfocitosis.

Tratamiento: Farmacológico: Dicloxacilina tabletas, 250 mg, cada 6 horas, durante 8 días.

Pronóstico: Reservado a la evolución

CUADRO MICOSIS



SUPERFICIALES

Pitiriasis versicolors

Agente etiológico: *Malassezia furfur*

Manifestaciones clínicas; Lesiones maculares hipopigmentadas o hiperpigmentadas, irregulares y bien delimitadas que pueden sobre elevarse y recubrirse de una delgada escama.

Tratamiento: Administración de azoles tópicos o de champú de sulfuro de selenio. En las infecciones más amplias se emplea ketoconazol o itraconazol por vía oral.

Tiña negra

Agente etiológico: *Hortaea werneckii*

Manifestaciones clínicas: Mácula pigmentada (marrón a negra) irregular solitaria que se localiza generalmente en las palmas o las plantas.

Tratamiento: Tratamiento tópico, como la pomada de Whitfield, las cremas de azoles y la terbinafina

Piedra blanca

Agente etiológico: Género *Trichosporon*:
T. inkin, *T. asahii* y *T. mucoides*

Manifestaciones clínicas: Afecta al pelo de la ingle y las axilas. Rodea el tallo del cabello infectado y forma alrededor del mismo un collarín tumefacto de coloración blancuzca a marrón, blando y de consistencia pastosa.

Tratamiento: Azoles tópicos; no obstante, la mejora de las medidas higiénicas y el afeitado del cabello son eficaces y suelen obviar la necesidad de un tratamiento farmacológico.

Piedra negra

Agente etiológico: *Piedraia hortae*

Manifestaciones clínicas Pequeños nódulos oscuros que rodean el tallo del cabello. La masa de hifas está compactada por una sustancia cementadora y contiene ascas y ascosporas, la fase sexuada del hongo.

Tratamiento: Corte del cabello y lavado adecuado y frecuente.

SUBCUTANEAS

Esporotricosis

Agente etiológico: *Sporothrix schenckii*

Hongo dimórfico, a temperatura ambiente, crece en forma de un hongo micelial y en tejidos se desarrolla como una levadura pleomorfa.

Manifestaciones clínicas Infección crónica, se caracteriza por la aparición de lesiones nodulares y ulceradas a lo largo de los vasos linfáticos que drenan el punto primario de inoculación, secretan pus. Diseminación al hueso, el ojo, el pulmón o el SNC.

Tratamiento Administración de yoduro de potasio en solución saturada

Cromomicosis

Agente etiológico: Géneros *Fonsecaea*, *Cladosporium*, *Exophiala*, *Cladophialophora* y *Phialophora*

Manifestaciones clínicas: Afecta a la piel y los tejidos subcutáneos y se caracteriza por el desarrollo de nódulos o placas verrugosas de crecimiento lento.

Tratamiento Con frecuencia, el tratamiento con antifúngicos específicos carece de eficacia debido al avanzado estado de la infección en el momento de la presentación. El itraconazol y la terbinafina parecen constituir los fármacos más eficaces.

Micetoma

Agente etiológico: Géneros como *Phaeoacremonium*, *Curvularia*, *Fusarium*, *Madurella*, *Exophiala*, *Pyrenochaeta*, *Leptosphaeria* y *Scedosporium*

Manifestaciones clínicas: Se caracteriza por la formación de numerosos granulomas y abscesos, los cuales contienen grandes agregados de hifas fúngicas conocidos como gránulos o granos. Los abscesos drenan al exterior a través de la piel y con frecuencia expulsan gránulos. El proceso puede ser deformador, y conlleva la destrucción de músculo, fascias y hueso.

Tratamiento escisión quirúrgica de las lesiones localizadas.

SISTEMICAS

Coccidioidomicosis

Agente etiológico: *Coccidioides immitis* y *C. posadasii* (Hongos dimórficos)

Manifestaciones clínicas: Primaria: enfermedad pulmonar asintomática o un proceso seudogripal.

Secundaria: nódulos, enfermedad cavitaria o enfermedad pulmonar progresiva.

Localizaciones extrapulmonares: la piel, los tejidos blandos, los huesos, las articulaciones y las meninges.

Tratamiento: primaria no requieren ningún tratamiento antifúngico específico.

Se debe instaurar un tratamiento en las personas con factores de riesgo, han de recibir anfotericina B seguida de un azol (fluconazol, itraconazol, posaconazol o voriconazol).

Paracoccidioidomicosis

Agente etiológico: *Paracoccidioides Brasiliensis*

Manifestaciones clínicas: La paracoccidioidomicosis primaria suele afectar a individuos jóvenes y constituye un proceso pulmonar de resolución espontánea.

En esta fase, rara vez muestra una evolución aguda o subaguda progresiva. La reactivación de una lesión latente primaria puede tener lugar algunos años después y originar una entidad pulmonar progresiva crónica con o sin afectación de otros órganos.

Tratamiento Anfotericina B, seguido de itraconazo o sulfamidas.

Histoplasmosis

Agente etiológico: *Histoplasma capsulatum* var. *Capsulatum* (infecciones pulmonares y diseminadas)

H. capsulatum var. *Duboisii* (lesiones cutáneas y óseas)

Manifestaciones clínicas: *H. capsulatum* var. *Capsulatum*: un 90% de los individuos presentan una infección asintomática. La forma de la histoplasmosis pulmonar aguda se caracteriza por un proceso seudogripal. Los síntomas pulmonares crónicos se asocian a la presencia de cavidades apicales y fibrosis, y son más probables en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente previa. La enfermedad diseminada puede adquirir una evolución crónica, subaguda o aguda.

La forma localizada por *H. capsulatum* var. *duboisii* representa un proceso crónico caracterizado por una linfadenopatía regional con lesiones cutáneas y óseas.

Tratamiento: Anfotericina B seguida de itraconazol, entre los azoles alternativos están el posaconazol, el voriconazol y el fluconazol.

Gracias

Gracias doctor por todo lo enseñado, como comentario final, es usted un muy buen docente, me gusta su método de enseñanza y lo fácil que explica los temas, gracias por este semestre, y todo lo que nos enseñó.