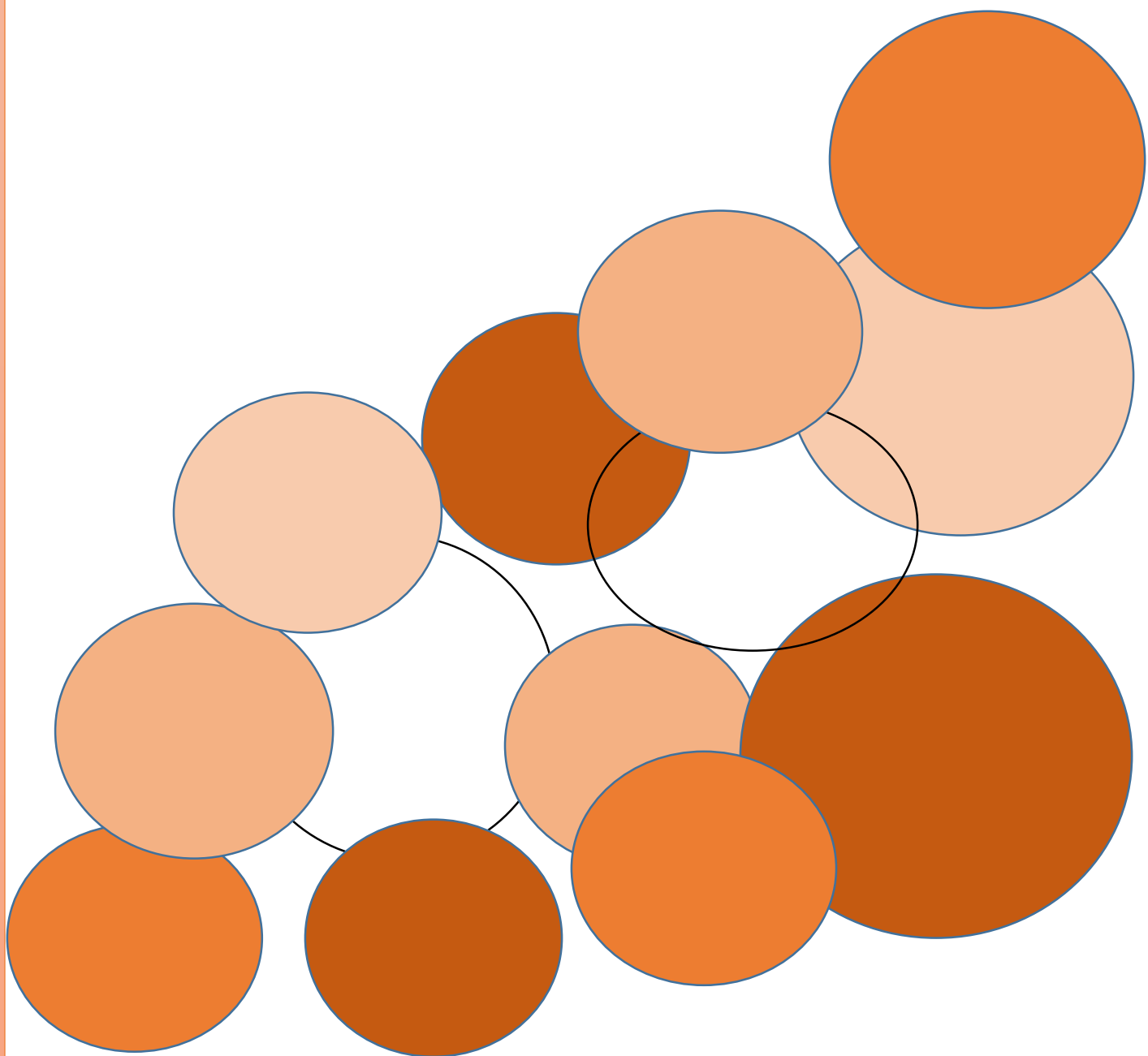


Resúmenes



Los ferina.

La tos ferina es una infección de las vías respiratorias altas causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Nos mentaron que desde hace décadas se dispone de vacunas efectivas para esta enfermedad. Pero a pesar de los altos coberturas alcanzados en muchos países, sigue siendo una enfermedad endémica, ya que ni las vacunas, ni la infección natural provocan inmunidad permanente.

Epidemiología

El agente patógeno más habitual de la tos ferina es *Bordetella pertussis* como ya lo habíamos mencionado anteriormente. Se dice que la infección afecta a cualquier grupo de edad, aunque los casos más graves y potencialmente mortales ocurren en neonatos y bebés en los primeros meses de vida. En la mayoría de las ocasiones el agente de la infección se encuentra en nuestro entorno doméstico. Pero bien se sabe que la transmisión se produce a través del contacto con secreciones respiratorias aerosolizadas (gotas de fluj) de la persona infectada, es una patología altamente contagiosa. La mayor contagiosidad se produce al inicio de la fase catarral y durante los primeros 21 días del curso de los.

Clinica

Es una enfermedad tosígena por lo cual la tos es el síntoma más que permite el diagnóstico y en ausencia de los típicos, el diagnóstico es difícil y se realiza, en general, de forma tardía a menos que se sospeche de contagio a partir de un caso conocido.

En un periodo de incubación de 7-10 días (rango de 5-21) aparecen los síntomas de la fase catarral de la enfermedad. En esta fase se presentan 2 síntomas leves de rinorrea, tos, fiebrícula y congestión nasal, siendo este el cuadro indistinguible del de un resfriado común. Este cuadro clínico suele durar 2 semanas y rara vez se sospecha de tos ferina.

La tos se comienza paulatinamente en paroxística (convulsiones), en esta fase la tos se presenta en forma de accesos de predominio nocturno acompañados en congestión, eructos faciales, vómitos, sensación de ahogo y "chillido" inspiratorio tras los ataques de tos. En cuanto a los neonatos y lactantes pueden presentar episodios de apnea como síntoma relevante. A lo largo de una noche, pueden sucederse diversos accesos de estos característicos separados en los intervalos en los que no se presenta los.

- En muchos casos no se observa este patrón "nocturno" y únicamente se manifiestan síntomas catarrales sin la tos característica.

Diagnóstico

Uno menciona también que el diagnóstico clínico es relativamente sencillo en adultos y niños vacunados que presentan el cuadro de los típicos, pero no en las personas de cualquier rango de edad vacunadas en los que el cuadro clínico de los no es característico. No obstante, ante un cuadro de los no rotalagado de duración superior a 15 días, de predominio nocturno, con congestión faríngea y en algunos debemos de sospechar de una tos persistente.

El dx de laboratorio se realiza a partir de una muestra de moco nasofaríngeo y se cultiva en medios selectivos específicos. También se dice que en los últimos años, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha convertido en la técnica de elección por su sensibilidad y rapidez. Estos dos dx son útiles en los primeros 3-4 semanas, en cuadros de evolución más prolongada el dx será por serología.

Tratamiento

El tratamiento sintomático tiene la finalidad de disminuir la intensidad y frecuencia de la tos y proporcionar una oxigenación, hidratación y alimentación adecuada y en cuadros severos se puede requerir ventilación asistida.

El tratamiento etiológico tiene la finalidad de erradicar la infección de la nasofaringe y así interrumpir la transmisión. El tratamiento antibiótico se realiza en los primeros 2 semanas de la enfermedad.

Si se inicia más allá de los 3 semanas, el beneficio sobre la evolución clínica es prácticamente nulo siendo el caso de la erradicación e interrupción de la transmisión el efecto más significativo.

Tradicionalmente se recomendaban periodos prolongados de 14 días de tratamiento, recientemente estudios han puesto de manifiesto que periodos cortos de 7 días y 5 días son adecuados para conseguir una buena erradicación.

Prevención

La vacunación frente a la tos ferina está incluida en todos los calendarios (esquemas) de vacunación del mundo, es parte de la vacunación básica que reciben la gran mayoría de los niños.

La vacunación es la principal medida a tomar como prevención frente a esta enfermedad.

Difteria

La difteria es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que puede afectar a los vías respiratorias o la piel o puede no producir ningún síntoma (se trata de portadores sanos de la enfermedad). Su característica principal es la formación de falsas membranas también llamadas pseudomembranas en la faringe, como consecuencia de una sustancia tóxica (toxina) producida por la bacteria.

Respecto a la bacteria *Corynebacterium diphtheriae* es la responsable de la difteria, esta se puede adquirir a través de las gotas de flujos y por contacto/contacto directo, a través de objetos contaminados, es una vía de transmisión infecciosa, las lesiones cutáneas también son una fuente de infección sobre todo en los climas tropicales.

Se sabe que su periodo de incubación tarda de 2-5 días.

Difteria respiratoria: los pacientes que presentan difteria respiratoria comienzan con dolor de garganta, fiebre menor de 38°C , malestar general, pérdida de apetito y vengera si se afecta la laringe. La faringe aparece enrojecida y a los 2 o 3 días pueden aparecer placas viscosas y blanquecinas que aumentan de tamaño formando pseudomembranas duras, de color gris que se adhieren sobre todo a la faringe, amígdalas, laringe y la nariz.

Difteria cutánea

Generalmente se debe a una infección de una lesión previa de la piel (herida, eczema o psoriasis) por *Corynebacterium diphtheriae*, presenta úlceras con una base viscosa que no terminan de cicatrizar sobre todo en las extremidades, las lesiones suelen exceder los 5 cm.

Complicaciones

- Obstrucción de las vías aéreas
- Dificultad respiratoria grave.
- Desmiocación de la laringe a través de la sonda.
- Inflamación del corazón (miocarditis)

Diagnóstico

Se basa en la sintomatología y requiere el cultivo de la bacteria en muestras tomadas de la faringe o nariz por medio de un extendido.

Tratamiento

Los pacientes deben ser hospitalizados para controlar la respuesta al tratamiento y evitar los posibles complicaciones.

El tx consiste en la administración de anti toxina diftérica, se administra para neutralizar la toxina producida por la bacteria.

El tx antibiótico se utiliza para disminuir el contagio, para eliminar al *Corynebacterium diphtheriae* + para evitar la formación continuada de toxina diftérica. La difteria catarral requiere tratamiento antibiótico, así como es también primordial tratar la enfermedad catarral leve.

Prevención. La vacunación.

La vacuna ayuda a que el organismo produzca defensas contra la toxina diftérica. Se administra combinada con la de tétanos y la de las pertuisis. En el esquema de vacunación se recomienda a los 2, 4, 6 y 13 meses y el refuerzo a los 4 años.

Tétanos.

El tétanos es una enfermedad aguda y grave inducida por una exotoxina de bacilo tétano, el *Clostridium tetani*, que crece en condiciones de anaerobiosis en las heridas, el reservorio está en el suelo e intestino de animales y humanos. La vía de entrada suelen ser por heridas contaminadas y no se contagia persona a persona. Se menciona que frecuentemente se presenta como cuadro clínico grave, con un letalamiento torpe, espasmo y elevada letalidad (30-40%).

Como bien sabemos el microorganismo causante es el *Clostridium tetani*, bacilo esporulado (*Corynebacterium*) y anaerobio estricto con una forma típica de "palillo de tambor". Es muy frecuente en la naturaleza y potencialmente cualquier herida que penetre en piel o mucosas, sobre todo si es sucia con tierra, etc.

- Tiene un periodo de incubación que varía entre 3 y 21 días, usualmente 8 días. Cuanto más alejada la herida del SNC, mayor es el periodo de incubación y a menor periodo de incubación mayor riesgo de mortalidad.

En el tétanos neonatal, el periodo de incubación es de 4 a 14 días tras el nacimiento.

La infección no confiere inmunidad permanente, sin embargo, la vacunación en los paños recomendados garantiza una protección adecuada a lo largo de la vida.

Poliomielitis...

La poliomielitis es una enfermedad caracterizada por una parálisis flaccida asimétrica causada por los serotipos del virus de la poliomielitis.

* Se dice que el virus de la poliomielitis, al escapado de la vía oral puede, en determinadas circunstancias por medio de su replicación, reproducir su neurovirulencia y comportarse o actuar como el virus salvaje, el período de incubación tras la vacunación en estos tipos de casos es de 2 a 24 días en el niño vacunado, 11-57 días en los contactos y hasta 9 meses en los inmunodeprimidos.

Se dice que los personas o niños con defectos inmunitarios, malnutrición, embarazadas, embarazadas con abortos, niños genéticamente predispuestos y en contacto con cepas de virus con patogenicidad aumentada, son especialmente vulnerables al contagio. Es un virus perteneciente al género de los enterovirus, familia Picornaviridae.

* El virus de la poliomielitis afecta la zona anterior del primer arco, y se replica en el tracto intestinal. En ambas zonas invade los somatosones motores, produciendo la primera viremia, por lo cual el virus se disemina a todo el organismo y los urtrones son captados por células del sistema retículo endotelial del hígado, bazo y somatosones motores.

Clinica

Existen dos formas de enfermedad, la enfermedad menor o mayor, difterentes y propios de los niños pequeños y que en los adolescentes y adultos no se diferencian.

Los síntomas de la enfermedad menor consisten con la primera viremia, son febriles o fiebre, vómitos, diarrea, cefalea y molestias. En la mayoría de los casos la enfermedad se para en este momento y se le llama "poliomielitis abortiva".

En algunos casos la enfermedad progresa y aparecen los síntomas de la poliomielitis parálisis o fiebre elevada, cefalea intensa, vómitos y dolor en la región torácica y codo alrededor a grupos musculares produciendo la marcha y si esta situación no ocurre se denomina Poliomielitis no parálisis. Y si llegara a parálisis se puede producir una poliomielitis espinal que se caracteriza por una parálisis flaccida asimétrica del tronco y extremidades, y un grado de afectación variable desde una parálisis leve, a una letal plejía y parálisis respiratoria.

Escarlatina ...

Bien se sabe que la escarlatina es una enfermedad exantemática, infecciosa, se transmite principalmente de persona a persona por medio de los actos de flush, el contacto puede ser por enfermos o por portadores sanos, es producida por los exotoxinas del estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Manifestación clínica

- Factores de riesgo -

- Es más frecuente en zonas urbanas.
- Se asocia a infecciones faríngeas, heridas o quemaduras infectadas por estreptococos.
- El contacto con personas infectadas por estreptococo aumenta el riesgo.
- En México se presenta con más frecuencia en invierno y en climas templados.
- Período de incubación del estreptococo beta hemolítico A tiene un período de 1 a 7 días.
- En su inicio presenta -
- Fiebre mayor de 39.5°C , dura entre 2 y 4 días, es el síntoma inicial, disminuye paulatinamente.
- Odono faríngea
- Cefalea
- Náuseas
- Vómito
- Dolor abdominal

... patología

- Herapias
- Halotax general.

Síntomas:

- Faringe conestica.
- Sistema de la mucosa oral.
- Maculos papulosas rojas en la lengua y en el paladar duro y blando (manchas de parchetmer).
- Entre el día 1 y 2 se aparece una capa blanca en el dorso de la lengua, las papilas se encuentran enrojecidas y aumentadas de volumen, la capa blanca desaparece después de 2 o 3 días dejando al descubierto las papilas rojas.
- Adenopatías
- Exantema:
- Se presenta después de 12 a 48 horas de la aparición de la fiebre.
- Son lesiones maculo-papulares de color rojo
- Primero se observan debajo de los axilas, pecho y brazos.
- Después se extiende al tronco y extremidades, en 24 hrs.
- Los lesiones se acentúan en los pliegues de la piel, principalmente en el cuello, axilas, fosa anales
- Abdominal, pliegues inguinales y popliteos.

- Fiebre peribul
- Descamación de la piel, inicia 7 a 10 días, se presenta después de la resolución del exantema y puede continuar hasta por 6 semanas.

* Se recomienda internar en forma exhaustiva para buscar focios de riesgo por contaminación y realizar anamnesis de cada uno de los síntomas que presenta a niño, así también realizar exploración física completa.

Sarampión ...

Es una enfermedad más contagiosa y grave causada por un virus. Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2-3 años se reportaban importantes epidemias de sarampión que llegaba a causar cerca de dos millones de muertes al año.

- El sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus y normalmente se suele transmitir a través del contacto en el aire o contacto directo. Dicho virus infecta el tracto respiratorio y se extiende a todo el organismo. No afecta a los animales.

Manifestaciones clínicas.

El primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y tiene duración de 4 a 7 días.

- En la fase inicial el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeños manchitos blancos en la cara interna de las mejillas.

- Después de unos días aparece un exantema generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que se extiende en unos 3 días, limitando de afectar las manos y pies.

El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 19 días.

- La mayoría de las muertes se deben a complicaciones del sarampión, que son más frecuentes en menores de 5 años y adultos de más de 30 años.

- Ceguera
- Encefalitis
- Diarrea grave
- Infecciones del oído
- IR Graves
- Neumonía

Poblaciones en riesgo.

Los niños pequeños no vacunados son quienes corren mayor riesgo de sufrir el sarampión y sus complicaciones, entre ellas la muerte. Los adultos embarazados sin vacunar también constituyen un importante grupo de riesgo. Sin embargo, puede infectarse cualquier persona que no esté inmunizada.

Transmisión

El virus del sarampión es muy contagioso y se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas.

El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo viable y contagioso durante períodos de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión.

Las complicaciones usuales del sarampión pueden aliviarse con un tratamiento de apoyo que consista en beber una muestra suficiente de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con las soluciones de rehidratación oral recomendada por la OMS.

Prevención

La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias del sistema de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión.

- La vacunación es segura, eficaz y gratuita.

Varicela...

Se dice que a final del siglo XIX Von Bokar señaló sobre la relación que existía entre el herpes zoster y la varicela al ver como niños en contacto con adultos con zoster desarrollaban varicela, pero no fue hasta 1943 cuando Garton postuló por primera vez que varicela y herpes zoster eran producidos por el mismo agente causal.

La varicela y el herpes-zoster son dos enfermedades de la especie humana producidas por el mismo virus, VVZ. La varicela se ha considerado tradicionalmente como una enfermedad benigna propia de la infancia, caracterizada por un exantema maculo-vezicular-eritematoso generalizado, en diferentes estadios evolutivos, en dichas ocasiones se acompaña de fiebre, con un período de incubación de 14 a 16 días con un intervalo de 11 a 21 días. Tiene un tipo estacional durante los meses de marzo-abril, con predominio de casos en pacientes de prescolar-escolar.

Transmisión

La transmisión del VVZ se produce de persona a persona a través del contacto directo con las vesículas colicadas que contienen el virus, pudiéndose contactar de lesiones de varicela y de herpes zoster. Si bien la varicela resulta más infecciosa que el zoster.

* También se puede contactar a través de secreciones respiratorias por contacto con pacientes que portan varicela.

* Puede haber transmisión intrauterina del virus por infección aséptica de la placenta no inmune durante el 1er o 2do trimestre del embarazo, produciendo el síndrome de varicela congénita.

* Debido a su elevada contagiosidad, la varicela puede transmitirse de forma nosocomial en hospitales pediátricos.

Contagio

El período de contagio es el comprendido entre 1-3 días antes de la aparición del exantema hasta 5 días después de que aparezca el primer brote de vesículas colicadas.

Complicaciones

Cutáneas o las consecuencias sobre infecciones bacterianas de piel y tejidos producidos en su mayor parte por staphylococcus spp y streptococcus pyogenes.

Neurológicas: (1/1000 casos) cerebelitis, drafia, encefalitis mielitica.

Respiratorias: Otitis, sinusitis, neumonía (1/1000 adultos)

Hematológicas: trombopenia, anemia hemolítica, púrpura.

Otros: articulares, renales, cardíacas, hepáticas, ophthalmorritas.

Diagnóstico:

Generalmente es clínico, solo en casos atípicos o de pacientes inmunodeprimidos puede ser necesario recurrir al laboratorio, ejemplo: métodos biológicos directos basados en el cultivo viral a partir de líquidos de las vesículas o su uso en directa al microscopio electrónico.

Tuberculosis ...

La infección tuberculosa, es el resultado del contacto de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) con un individuo susceptible, donde ocurre en su organismo una respuesta inmune tipo hipersensibilidad celular retardada.

- Los personas infectadas no presentan ni síntomas ni signos ni lesiones radiológicas que señalen enfermedad activa.

- La enfermedad tuberculosa se caracteriza por la presencia de síntomas, signos y lesiones radiológicas que señalan enfermedad activa. Los signos y síntomas dependen de la localización de la patología.

Diagnóstico

- El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de la prueba de la tuberculina (PT).
- El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico. Requiere el cultivo y tinción de MT en muestras biológicas.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas iniciales de la tuberculosis pulmonar son inespecíficos y poco expresivos en la mayor parte de los casos, lo que puede retrasar el diagnóstico en meses.

Dicho retraso aumenta la morbilidad, los secuelas y con ello aumenta la posibilidad de más contagios.

* Los síntomas pueden ser agudos, subagudos o crónicos; se tratan de síntomas inespecíficos como: pérdida de peso, sudoración nocturna, anorexia y fiebre o fiebrícula. Y síntomas más específicos pueden ser respiratorios como: tos, expectoración mucopurulenta o hemoptoica, hemoptisis, disnea o dolor torácico.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad tuberculosa tiene como premisas fundamentales, desde el punto de vista bacteriológico, las siguientes:

* Es preciso asociar varios fármacos para prevenir la aparición de resistencias

* El tratamiento tiene que ser prolongado para evitar la recidiva.

* La mala cumplimiento o el abandono del tratamiento favorecen la aparición de resistencias.