



**Universidad del Sureste**  
Licenciatura en Medicina Humana

**Nombre de la alumna: Victoria Belén de la Cruz Escobar**

**Nombre del profesor: Dr. Diego Rolando Martínez Guillen**

**Nombre del trabajo: "Resumen de los temas vistos en clase"**

**Materia: Clínicas Medicas Complementarias I**

**Grado: 7°**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de octubre del 2022

# VARICELA

D 20 M 09 A 22

Scribe®

Enf. infectocontagiosa que se caracteriza

## Etiología

Causado por la familia herpesvirus del género Varicellovirus y la subfamilia Alphaherpesvirinae.

## Epidemiología

Comienzo → Primavera

→

Frioleros → Invierno

- Se transmite de persona a persona, ya sea por contacto directo con las lesiones cutáneas o por vía aérea
- D.I. 2 a 3 semanas, Contagiosos aprox. desde el 2do día antes de aparecer
- Suele curarse o desaparecer en un rango de 7-10 días y genera inmunidad permanente

## Medios de transmisión

→ Inhalación de gotitas respiratorias

→ Contacto directo

## Fisiopatología

Virus ingresa ⇒ Mucosa en la vía respiratoria ⇒ Multi ganglio linfático 4-6 días (Sale de la linfa)

Se desarrolla en la vía sanguínea ⇒ Hígado y bazo ⇒ Fiebre

Período prodromico Fiebre, cefalea, malestar general,  
Pérdida de apetito o vómito y erupción en la piel

Ampollos  
Cefalea  
Anorexia  
Prurito

### Varicela en un niño inmunodeprimido

P. de incubación 7-10 días  
Exantema 10 días o +; mas extensa; la  
fase de costra lleva + tiempo

### Diagnostico

- Observando la erupción y H.C
- Cultivo
- Inmunofluorescencia, usarse la inmunoglobulina

### Tratamiento

- Consiste en mantener al paciente en reposo y comiendo
- Mantener uñas cortas
- Evitar uso de ropa áspera
- Paracetamol para fiebre ○ Diclofenaco
- Metamisol

**Nota: NO DAR IBUPROFENO O ASPIRINA!**

Controlar los síntomas

### Pronostico

Por lo general, la persona se recupera sin complicaciones

- > Encefalitis
- > Artritis transitoria
- > Miocarditis
- > Síndrome de Reye
- > Neumonía
- > Extrema precaución en embarazadas

### Profilaxis

Imunización activa: Vacuna anti-varicela  
Iniciar con las edades: 12 a 15 meses

- Paracetamol
- Aciclovir
- Calceolil

# HERPES ZOSTER

- Inicia con dolor intenso, ardor y prurito en el área de piel inervada por nervios y ganglios sensitivos
- Luego aparece un racimo de vesículas sobre la piel afectada y la erupción es unilatera
- Afecta cabeza, tronco y cuello.

### Manifestación Clínica

Febriçula

### Complicaciones

- Encefalitis
- Neumonía viral
- Hepatitis
- Meningitis
- Sepsis
- Infecciones bacterianas

### Después de la varicela

→ Neumonía por varicela → cianosis → dolor de pecho

# Sx Varicela Fetal

D M A



- Manifestaciones Clínicas
- Bajo peso al nacer
- Lesiones cicatrízales cutáneas
- Manifestaciones esqueléticas
- Anormalidades neurológicas (retardo mental, microcefalia, atrofia cortical, sordera, parálisis)
- Anormalidades gastrointestinales (reflujo gastrointestinal, estenosis duodenal, microcolon)
- Anormalidades Oculares

→ Vacunas contra la varicela



Enf. viral aguda, altamente contagiosa y exantema maculopapular confluyente característico.

## Etiología ♥

- RNA
- Familia: Paramixovirus
- Color, pH, solventes

## Epidemiología

- Altamente contagiosa
- Invierno/Primavera
- Gotitas respiratoria ⇒ contagio
- < 5 años

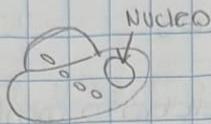
Mayor Frecuencia

- 1- 5 años (urbana)
- 4- 10 años (suburbana y rural)

## Periodo de Transmisión

4 días antes y 4 días después de la aparición de exantema

Epitelio  
respiratorio



Primer estadio  $\Rightarrow$  En su periodo de incubación  
Periodo/Fase prodromica.

Fiebre elevada      Cefalea  
Fotofobia            Artralgias  
Tos seca              Exantema

Conjuntivitis

Fascias catarrales

$\rightarrow$  Conjuntivitis fotofobia

$\rightarrow$  Rinorrea tos

$\rightarrow$  Fiebre elevada

$\rightarrow$  Manchas de Koplik

$\hookrightarrow$  Patognomónica a nivel del primer molar

Fase Exantemática

$\rightarrow$  Maculas tenues sobre las partes laterales del cuello

$\hookrightarrow$  confluyente

$\hookrightarrow$  No respeta palmas y plantas (50%)

$\rightarrow$  El exantema a menudo es hemorrágica, en casos graves se puede encontrar un gran número de petequias

$\rightarrow$  Detrás de las orejas

## Cuadro Clínico

$\rightarrow$  Fiebre brusca

# Cuadro Atípico

D 28 M 09 A 2022

Scribe®

- Cefalea intensa
- Dolor abdominal
- No hay manchas de Koplik
- 1º Inicial: Maculopapular
- 2º Vesículas
- 3º Purpúricas o Hemorrágicas (microtrombas)

## Diagnostico

- ⊙ Por presentación clínica y epidemiológica.
- ⊙ Barampión no respeta plantas y palmas
- ⊙ Se puede confirmar con la analítica: Leucopenia con linfopenia / neutropenia es frecuente
- ⊙ Fase prodromica → Células Gigantes multinucleada
  - a) Peticulo endotelial
  - b) Epiteliales

Buscar anticuerpos en los laboratorios

IgG



Memoria.

IgM



Rápida

## Dx diferencial

Rubeola

Exantema súbito

Adenovirus

Enterovirus

Escarlatina

Fármacos: Diclofenaco y aspirina.

No hay tratamiento antiviral específico

Tratamiento de soporte.

Aislamiento  
 Antipireticos (Paracetamol y Ibuprofeno)  
 Reposo  
 Ingesta de líquidos

Vitamina A → 1000,000 UI VO dosis Única,  
 6 meses a 1 año  
 Colodril 200,000 UI V.O dosis Única,  
 >1 año

Vacuna → 1ra dosis → 12 meses  
 ↓  
 → 2da dosis → 8 años

Contraindicado  
 ↓  
 Enf. Febril grave  
 Embarazo por riesgo fetal  
 Inmunodeficiencias  
 Tratamientos inmunosupresores

# Rubeola

→ Togavirus del género rubivirus

Edad Media de  
 infección 5-9 años

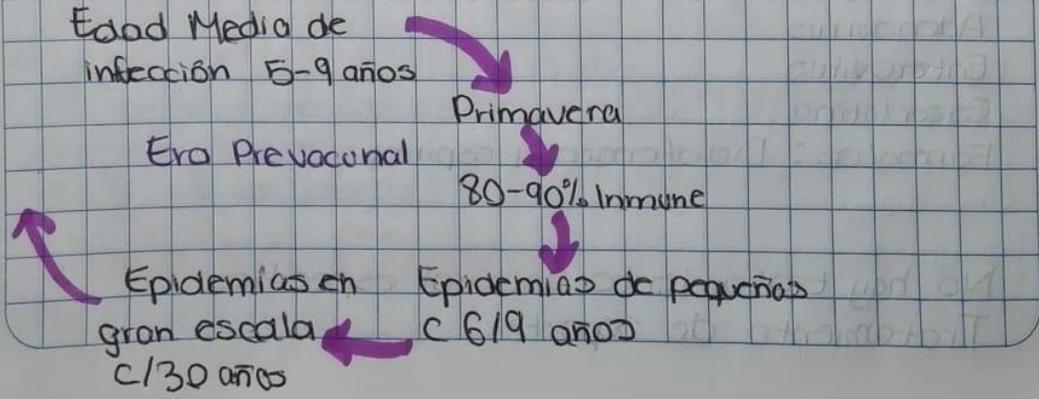
Era Prevacunal

Primavera

80-90% Inmune

Epidemias en  
 gran escala  
 c/30 años

Epidemias de pequeños  
 c/6/9 años



1/3 mujeres

◦ Aparece al mismo tiempo que el exantema

### Manifestaciones

- Cataratas
- Sordera
- Bajo peso
- Microcefalia
- Hepato-megalia
- Defectos Cardíacos
- Erupción cutánea exantemática

### Diagnóstico Clínico

#### → Serología

- ELISA
- Aglutinación con látex
- Prueba de hemólisis radial
- Medir IgG o IgM

Pruebas positivas para IgM

### Diagnóstico en fetos

- Aislamiento de líquido amniótico ⇒ Amniosentesis
- Cordocentesis

### Diagnóstico por factores de riesgo

- Asistencia a guardería
- Desnutrición grave
- Esquema de vacunación incompleto

**¡Es de Notificación a la Jurisdicción Sanitaria!**

→ Sarampión

→ Escarlatina

## Tratamiento

→ Antipirético

→ Administración de gamma-globulina → es el anticuerpo

## Medidas Generales

Aislamiento

Evitar irritantes

Baños diarios

Evitar asistir a la guardería

Evitar contacto con embarazadas

## Vacunación

↳ Contraindicaciones

↳ Embarazo

↳ Inmunodeficiencia

# Escarlatina

Enf. causada por una bacteria el cual es el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A

† Posee la proteína antigénica M

† Produce la toxina eritrogénica A, B y C

Son tres toxinas eritrogénicas y no existe inmunidad cruzada entre ellas

↳ Antibacteriana: Proteína M

⇒ Antitoxina

Distribución general en cualquier clima

Reservorio: Humano

# Cuadro Clínico

Incubación de 2 a 4 días

Inicio repentino con fiebre, vómito, odinofagia y escalofrío

En primeras 24 a 48 hrs

Exantema, Enantema y Fiebre

## Fiebre

- Inicio súbito en 39.5 a 40°C, se normaliza al 5º o 6º día
- Con tratamiento se normaliza a los 24 hrs

## Enantema

- Aparece con la fiebre
- Exudado membranoso en amígdalas
- Lengua en fresa

## Exantema

- Aparece en primeras 24 hrs, del cuadro
- De tipo maculopapular de aspecto punteado que da apariencia áspera (piel de lija o piel de gallina)
- Se generaliza en 24 h y desaparece a la presión
- Respeta área peribucal
- Líneas de pastia, en flexiones

## Datos Clínicos

BH: Leucopenia con predominio de PMN (Neutrófilos)

Aislamiento de exudado faríngeo opid

## Pruebas Serológicas

### Dx diferencial

- Enf. exantemática
- Enf. Kawasaki

C  
Medidas Generales

Penicilina Benzatinica 20,000 a 50,000 UI/kg D.U

Eritromicina 1 c/a 8 hrs

# DIARREA

Deposición de 3 o más veces al día (o con una frecuencia > a la normal) de heces sueltas o líquidas

**Gastroenteritis aguda:** Proceso auto-limitado, patológicamente inflamación y/o disfunción del intestino producida por un germen o su toxinas, da una alteración para regular la absorción de sales o agua

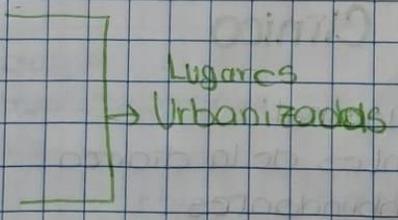
## Mecanismos

Osmótico	Inflamatorio	Secretoras	Malabsorción
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de sales no absorbibles</li> <li>Disminuye con ayuno</li> <li>Parasitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se relaciona con invasión o ulceración de la mucosa intestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causada por toxinas que incrementan la secreción de Cl y agua hacia el lumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede deberse a mecanismos osmóticos o secretoras</li> <li>En la luz intestinal existe una obstrucción</li> </ul>

1) Diarrea viral

2) Diarrea bacteriana

3) Diarrea Parasitaria



Menos frecuentes en el medio urbano

7-8 días, a pesar de tratamiento

Diarrea hasta que se auto-limita

- 1) Diarreas Bacterianas — Shigella  
Salmonella
  - 2) Diarreas virales — Rotavirus  
Norovirus
  - 3) Diarreas parasitarias — Entamoeba  
Toenia
- } Zona Rural
- |   |   |
|---|---|
| <p>&lt; 1 años</p> <p>Rotavirus</p> <p>Norovirus</p> <p>Salmonelosis</p> <p>Entamoeba h</p> | <p>&lt; 5 años</p> <p>Rotavirus</p> <p>Shigella</p> <p>Salmonella</p> |
|---|---|

## Rotavirus

Periodo de incubación: 1 a 3 días

Autolimita de 3 a 4 días

Primero inflama y < la motilidad del intestino ⇒ Nervio Vago ⇒ Vómitos

En el

### Características de diarrea viral

- Diarreas líquidas que salen del pañal
- No son fetidas
- Secretan moco pero no
- Son muy ABUNDANTES
- 1

### Quadro Clínico

- Fiebre
- Dolor abdominal
- Vómito antes de la diarrea
- Diarreas abundantes
- Diarreas con moco pero no con sangre

Es clínico y los estudios de laboratorio

Historia clínica

Inicio, Frecuencia, cantidad y características diagnósticas de las deposiciones y vómitos

- Ingesta oral, diuresis, peso previo
- Síntomas asociados
- Patologías subyacentes, fármacos, inmunosupresión
- Ambiente epidémico

Exploración Física

Tipo de diarrea

No invasiva  
(no inflamatoria)  
Usualmente viral

Invasiva  
(inflamatoria)  
Generalmente invasiva.

Secreción intestinal,  
sin disrupción de mucosa  
intestinal

Disu

Estudios de microbiología

La causa se demuestran solamente entre 38-58%

↳ Brecha diagnóstica

Cultivo Microbiológico

- Agar MacConkey
- Caldo de Selenito
- Agar Campy
- = 3-3

Citología de moco fecal → **Gold Standard**

- ↳ Permite diferenciar bacterias o virus
- ↳ >10 leucos por campo

Coproparasitoscopia

- ↳ Sin utilidad cuando se trata de una sola muestra
  - Seriados
- ↳ se realiza

Sangre oculta en heces

- Diarrea inflamatoria

PCR

Alimentación

- continuar con el seno materno
- Niños mayores, continuar con alimentación habitual pero < cantidad y > frecuencia.
- Los niños que se alimenta

Hidratación oral

- Piedra ANGULAR del tratamiento
- 

Plan C  
100ml X Kg

Tratamiento viral

Roxecalotriilo

- ↳ 1 sobre c/8hrs

Neomicina

→ TREDÁ

- ↳

Albendazol → Parasito

Mctronidazol

Recuperar la flora intestinal