

**Nombre del alumno: Jonatan
Emmanuel Silva López**

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

**Nombre del trabajo: Ensayo temas
vistos en clase**

**Materia: Clínicas Medicas
Complementarias**

Grado: 7

Grupo: "A"



INTRODUCCIÓN:

Se conoce como enfermedades exantemáticas a un grupo de infecciones sistémicas, con diferente grado de contagiosidad, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea (exantema) simétrica y que se presentan con mayor frecuencia durante la edad pediátrica. El exantema es una lesión visible en la piel debido a enfermedad.

La condición puede ser una alteración primaria de la piel o el síntoma de un proceso sistémico. Los exantemas infecciosos pueden limitar su afección a piel o ser parte de una condición generalizada, por definición un exantema aparece abruptamente y afecta varias áreas de la piel simultáneamente.

Estas enfermedades tienen características clínicas específicas que las distinguen unas de otras, pero que en estadios tempranos pueden confundirse.

La mayoría de los exantemas pediátricos son producidos por virus, existen múltiples etiologías que deben ser consideradas y debe evitarse, en la medida de lo posible, que condiciones comunes se clasifiquen como idiopáticas. El énfasis en definir características específicas de una etiología es esencial para ayudar al clínico a realizar un diagnóstico diferencial.

Las enfermedades con exantema se clasifican de acuerdo a la morfología de la lesión primaria, lo que facilita el abordaje diagnóstico:

1. Maculo papular
 - a. Distribución central y periférica
2. Petequial
3. Eritematoso difuso con descamación.
4. Vesículopustular
5. Nodular

NUNCA SE DEBEN INFECTAR (EMBARAZADAS).



INDICE:

1-----	INTRODUCCIÓN
2-----	VARICELA
3-----	SARAMPIÓN
4-----	REUBEOLA
5-----	HERPES
6-----	ESCARLATINA
7-----	ENFERMEDADES DIARREICAS
8-----	CONCLUSION
9-----	BIBLIOGRAFÍA



VARICELA:

La varicela es una infección causada por el virus de la varicela-zóster. Causa una erupción en la piel con picazón y pequeñas ampollas con líquido. La varicela es muy contagiosa para personas que no han tenido la enfermedad antes o no se han vacunado. En la actualidad, hay una vacuna disponible que protege a los niños contra la varicela.

Síntomas: La erupción de ampollas que dan comezón causada por la infección de varicela se presenta de 10 a 21 días después de la exposición al virus y, generalmente, dura entre cinco y 10 días. Otros signos y síntomas, que pueden aparecer uno o dos días antes de la erupción, incluyen los siguientes:

- ✚ Fiebre
- ✚ Pérdida del apetito
- ✚ Dolor de cabeza
- ✚ Cansancio y sensación de malestar general

Una vez que aparece la erupción de la varicela, pasa por tres fases:

- ✚ Bultos rojos o rosados elevados (pápulas), que brotan durante varios días
- ✚ Pequeñas ampollas llenas de líquido (vesículas).
- ✚ Costras que cubren las ampollas abiertas y tardan varios días en curarse.

Complicaciones:

- ✚ Deshidratación
- ✚ Neumonía
- ✚ Inflamación del cerebro (encefalitis)
- ✚ Síndrome de Reye en niños y adolescentes que toman aspirina cuando tienen varicela
- ✚ Muerte

Diagnóstico: Clínico

Tratamiento: Sintomático (baño coloidal)



SARAMPIÓN:

La afección dérmica se presenta como exantema maculo papular, eritematoso, no escamoso y no purpúrico, inicialmente tenue, que pueden llegar a ser confluentes principalmente en cara, cuello y hombros. Existe afección de mucosa oral con manchas de Koplik (pápulas pequeñas de color blanco azulado con areola eritematosa). El cuadro prodrómico se caracteriza por tos, coriza, conjuntivitis e irritabilidad. Los casos normalmente se presentan en personas no vacunadas, o con esquema de vacunación incompleto, y comúnmente tienen historia de contacto reciente (menos de 21 días) con personas enfermas. El exudado faríngeo y la muestra de orina se requieren para aislamiento y genotipificación. Están recomendados en casos de sarampión atípico o ante la presencia de neumonía o encefalitis inexplicable en un paciente inmunocomprometido.

No existe tratamiento específico contra el sarampión. Se sugiere administrar Vitamina A 200, 000 UI en mayores de 1 año, 100, 000 UI en menores de 1 año. La administración de vitamina A durante el cuadro agudo puede disminuir complicaciones como la diarrea y la neumonía. La recomendación para su administración es en pacientes hospitalizados de 6 meses a 2 años, en paciente inmunocomprometidos mayores de 6 meses, y en quienes se tiene documentada la deficiencia de esta vitamina (mala-absorción intestinal, desnutrición moderada o grave).

Los pacientes con inmunodeficiencia celular (leucemia, desnutrición grave o moderada y VIH); menores de 5 años y > 20 años tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones.

Se recomienda hospitalizar a los pacientes con inmunodeficiencia y aquellos que desarrollaron alguna complicación moderada o grave. El paciente hospitalizado debe permanecer con aislamiento de vía aérea.

Se debe vacunar a los contactos susceptibles en las siguientes 72 h post-exposición. El aislamiento en la comunidad es inútil ya que los pacientes transmiten la enfermedad desde el periodo prodrómico.



RUBEOLA

En México la mayor incidencia es en menores de 1 año a 4 años y en personas inmunocomprometidas.

Predominantemente en primavera y verano. La morbilidad es generalmente leve, y las complicaciones neurológicas son raras (1:6.000 a 1:24.000); la encefalitis tiene una incidencia de 1:6000, con mortalidad de 7-20%, 24% de secuelas.

La vía de transmisión de la rubéola es por contacto directo, inhalación de aerosoles y vertical (congénita). Los casos de rubéola se presentan en personas no vacunadas, con inmunodeficiencia congénita o adquirida y desnutrición grave

El periodo de incubación de la rubéola es de 14 a 20 días, con un periodo de contagio de 10 días antes y 7 días después de que inicie el exantema.

Los pródromos se presentan 2 a 4 días previos a la aparición del exantema, se caracteriza por fiebre de bajo grado.

El exantema es maculopapular rosado y se asocia a la presencia de adenomegalias con localización característica en región retroauricular y cérvico-suboccipital.

Las lesiones tienen una aparición cefalocaudal que pueden llegar a ser confluentes; con dirección descendente, pruriginosas, y pueden durar hasta tres días, desapareciendo en orden invertido a su aparición.

La rubeola es una enfermedad leve con síntomas inespecíficos difícil de diagnosticar por lo que pueden realizarse pruebas serológicas (ELISA, Inhibición de la hemoaglutinación, Anticuerpos por inmunofluorescencia) y aislamiento del virus en secreción nasal, sangre, garganta, orina o LCR.

Los niños con exantema no deberán asistir a la escuela, hasta después de 7 días de haber iniciado la erupción. Y los pacientes hospitalizados requieren aislamiento de vía aérea. Para prevenir la Rubéola Congénita es indispensable vacunar en la etapa de lactante y revacunar a adolescentes y adultos en edad reproductiva. Es una enfermedad de notificación inmediata a la jurisdicción sanitaria correspondiente en caso de sospecha o confirmación de la infección.



HERPES

El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). El herpes bucal provoca llagas alrededor de la boca o en el rostro. El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano. Otras infecciones por herpes pueden afectar los ojos, la piel u otras partes del cuerpo. El virus puede ser peligroso en recién nacidos o en personas con sistemas inmunes debilitados.

Existen dos tipos de herpes simple:

El herpes simple tipo 1 frecuentemente causa llagas labiales. También puede causar herpes genital.

El herpes simple tipo 2 frecuentemente es el que causa el herpes genital, pero también puede afectar la boca.

La localización del herpes secundario se le conoce como culebrilla que va acorde con los dermatomas, es decir a la dirección de los nervios, como los nervios a nivel de tórax posterior o miembros tanto inferiores como superiores.

La transmisión es en canal de parto (fetal), sexual, punzocortantes.

Cuando el recién nacido está expuesto al VHS durante el parto puede contraer el herpes neonatal. Este tipo de herpes es raro, con una frecuencia estimada de 10 casos por 100 000 nacidos en todo el mundo. Con todo, es una afección grave que puede producir discapacidad neurológica persistente o la muerte. El riesgo de herpes neonatal es mayor cuando la madre ha contraído la primera infección por VHS al final del embarazo.

Los medicamentos antivíricos –como el aciclovir, el famciclovir y el valaciclovir– son los más eficaces para las personas infectadas por VHS (véanse las recomendaciones de la OMS). Estos medicamentos pueden ayudar a reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas, pero no curan la infección. Sintomático.

Las mujeres embarazadas con síntomas de herpes genital deben informar a sus proveedores de atención de salud. Prevenir la adquisición de una infección por VIH-2 es particularmente importante al final del embarazo, cuando más elevado es el riesgo de herpes neonatal.



ESCARLATINA:

El *Streptococcus pyogenes* se asocia con una variedad de procesos infecciosos de localización diversa, entre los que destacan por su gravedad, fascis necrotizante, choque tóxico e infecciones cutáneas. Se presenta a los 3 a 15 años de edad, en meses fríos. Se adquiere por contacto directo de secreciones de nariz, garganta, piel y fómites contaminados. El periodo de incubación es de 1 a 7 días.

Las manifestaciones cutáneas características aparecen de 2-3 días posterior al inicio del cuadro infeccioso y son: Lesiones petequiales lineales en zona antecubital, ingle y axilas (Signo de Pastia), exantema eritematoso generalizado, escaldado en la presión, de textura áspera (piel de lija); Enrojecimiento de la cara con palidez perioral (triángulo de Filatov); en la boca se observan máculas puntiformes rojas en la úvula y en el paladar duro y blando (manchas de Forcheimer); entre el 1ro y 2do día hay una capa blanca en el dorso de la lengua, las papilas enrojecidas y aumentadas de volumen (lengua en fresa blanca) y al 4to y 5to día la capa blanca desaparece dejando descubierta sólo las papilas rojas (lengua en frambuesa). No hay afección en palmas ni plantas.

Tratamiento: Antibióticos: Penicilinas, macrólidos.



DIARREAS:

La diarrea aguda, se define como el aumento en el contenido de líquido, volumen o frecuencia de las deposiciones (mayor que lo habitual para la persona), con una duración menor de 14 días.

La diarrea aguda en adultos puede ser de origen infeccioso (virus, bacterias, parásitos y hongos), o no infeccioso (efectos adversos de medicamentos, enfermedades gastrointestinales, endócrinas, entre otras), la causa infecciosa más común es de etiología viral, la cual suele ser auto limitada.

Una de las causas más importantes de diarrea en el paciente adulto es el cólera, que sigue siendo una amenaza mundial para la salud pública, así como, un indicador de inequidad y de falta de desarrollo social. La diarrea por *Vibrio cholerae*, es una de las que tienen mayor incidencia en la población adulta. Los investigadores calculan que cada año hay en el mundo entre 1 300 000 y 4 000 000 de casos de cólera, y entre 21 000 y 143 000 defunciones por esta causa (OMS, 2019).

Los principales factores asociados con la diarrea aguda en adultos son el consumo de agua y alimentos contaminados, medidas deficientes de higiene, tanto personal como al manipular o preparar alimentos, falta de saneamiento básico, aumento de los viajes a lugares endémicos, entre otros. En todo el mundo, al menos 2 000 000 000 de personas se abastecen de una fuente de agua potable que está contaminada por heces. La gestión inadecuada de las aguas residuales urbanas, industriales y agrícolas conlleva que el agua que beben cientos de millones de personas se vea peligrosamente contaminada o polucionada químicamente (OMS, 2019).

La diarrea aguda puede tener dos presentaciones clínicas: la de tipo acuoso, en la que se incluye el cólera, y la disintérica (con sangre). Ambas suelen estar asociadas con otros signos y síntomas (OMS, 2019), como náuseas y vómitos, los cuales pueden conducir a deshidratación, por lo que es fundamental realizar una evaluación clínica integral que permita establecer su tratamiento adecuado.

Puede reducir el riesgo de diarrea el lavarse las manos con agua y jabón:

- ✚ Después de defecar
- ✚ Después del cambio de pañales
- ✚ Antes de preparar y comer alimentos
- ✚ Agua clorada (desinfectada).

Entre los patógenos más importantes de la diarrea aguda están el rotavirus, *Cryptosporidium* sp, *Escherichia coli*, *Salmonella* sp, *Shigella* sp, *Campylobacter jejuni*, *Vibrio cholerae*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*. El cólera es causado por la ingesta de alimentos o agua que contiene la bacteria *Vibrio cholerae*, la que produce una enterotoxina, que induce en la mucosa del intestino



delgado hipersecreción de agua y electrolitos. Los síntomas incluyen diarrea acuosa aguda (agua de arroz), vómitos, deshidratación grave, puede conducir a la muerte por choque, sino se trata durante las primeras 24 h.

Las personas con fiebre o diarrea sanguinolenta deben ser evaluadas para detectar enteropatógenos, para los cuales los agentes antimicrobianos pueden conferir un beneficio clínico, incluida la subespecie de *Salmonella enterica*, *Shigella* y *Campylobacter*.

Para el tratamiento del paciente con diarrea, se recomiendan dos tipos de clasificación: gravedad de la deshidratación (leve, moderada y grave) y tipo de diarrea (diarrea aguda con sangre, disentería y diarrea persistente).

Las recomendaciones clave para el tratamiento del paciente con diarrea son las siguientes:

- ✚ Los pacientes con diarrea aguda sin sangre en heces con una deshidratación moderada, deben rehidratarse por vía oral y no necesitan antibióticos
- ✚ La terapia con antibióticos solo se recomienda para la disentería
- ✚ El tratamiento para la diarrea persistente se basa en la posible causa: antihelmíntico para la sospecha de parasitosis y metronidazol para la sospecha de giardiasis.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Antibiótico (A)	Dosis	Duración
Levofloxacino	500 mg vía oral	Dosis única (B) o por tres días
Ciprofloxacino	750 mg vía oral o 500 mg vía oral	Dosis única (B) o por tres días
Ofloxacino	400 mg vía oral	Dosis única (B) o por tres días
Azitromicina (C, D)	1000 mg vía oral o 500 mg vía oral	Dosis única (B) o por tres días
Rifaximina (E)	200 mg vía oral, tres veces al día	Tres días

- A. Los regímenes de antibióticos se pueden combinar con loperamida, 4 mg de primera dosis y luego 2 mg de dosis después de cada evacuación diarreica, sin exceder los 16 mg en un periodo de 24 h.
- B. Si los síntomas no se resuelven después de 24 h, complete un ciclo de antibióticos de tres días.
- C. Use empíricamente como primera línea en el sudeste asiático e India para cubrir *Campylobacter* resistente a la fluoroquinolona o en otras áreas geográficas si se sospecha *Campylobacter* o ETEC resistente.
- D. Régimen preferido para disentería o diarrea febril.
- E. No usar si hay sospecha clínica de *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* u otras causas de diarrea invasiva.

ETEC, *Escherichia coli* enterotoxigénica.

Fuente: ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults Mark S. Riddle , Herbert L. DuPont, Bradley A. Connor



Hallazgos	Probables patógenos
Diarrea crónica o persistente	<i>Cryptosporidium spp</i> , <i>Giardia lamblia</i> , <i>Cyclospora cayetanensis</i> , <i>Cystoisospora belli</i> , y <i>Entamoeba histolytica</i> .
Sangre visible en heces	ECTS, <i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Vibrio spp</i> , no cólera, <i>Yersinia</i> , <i>Balantidium coli</i> , <i>Plesiomonas</i>
Fiebre	Las infecciones virales, bacterianas y parasitarias no altamente discriminatorias pueden causar fiebre. En general, altas temperaturas son sugestivas de etiología bacteriana o <i>E. histolytica</i> . Los pacientes con infección por ECTS usualmente no muestran fiebre al momento de la presentación.
Dolor abdominal	ECTS, <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Vibrio spp</i> no cólera, <i>Clostridium difficile</i> .
Dolor abdominal severo y, a menudo, heces sanguinolentas (ocasionalmente las heces pueden ser no sanguinolentas y estar o no acompañadas de fiebre)	ECTS, <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , y <i>Yersinia enterocolitica</i>
Dolor abdominal persistente y fiebre	<i>Y. enterocolitica</i> y <i>Y. pseudotuberculosis</i> ; puede simular apendicitis.
Nausea y vómito en las últimas 24 horas.	Ingestión de enterotoxinas de <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Bacillus cereus</i> (síndrome emético de incubación corta)
Diarrea y cólicos abdominales de 1 a 2 días de duración.	Ingestión de <i>Clostridium perfringens</i> o <i>B. cereus</i> (síndrome emético de incubación larga)
Vómito y diarrea no sanguinolenta con duración de 2 a 3 días o menos.	<i>Norovirus</i> (fiebre de bajo grado, usualmente presente durante las primeras 24 horas en caso de infección)
Diarrea acuosa crónica, a menudo con duración igual o mayor a un año.	Diarrea Brainerd (el agente etiológico no ha sido identificado); síndrome de intestino irritable postinfeccioso.

ECTS: *Escherichia coli* productora de toxina Shiga.

Fuente: Andy L. Shane. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea.

USO DE ANTIBIOTICOS POR AGENTE CAUSAL



Causa	Medicamento de primera elección
Cólera	Doxiciclina 300 mg, dosis única Azitromicina 1 g, dosis única Ciprofloxacino 500 mg, cada 12 horas por tres días o 2 g dosis única
Shigelosis	Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por tres días o 2 g dosis única Ceftriaxona 2 a 4 g, dosis única
Amebiasis	Metronidazol 750 mg, tres veces al día por cinco días
Giardiasis	Metronidazol 750 mg, tres veces al día por cinco días
Camphylobacter	Azitromicina 500 mg, cada 24 horas por tres días

Fuente: Acute Diarrhea in Adults Wendy Barr, Andrew Smith, Acute Diarrhea in Adults February. American Family Physician 1, 2014, ; 8(3):180-189

MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN EN ADULTOS CON DIARREA

Grado de deshidratación	Terapia de rehidratación	Reemplazo de pérdidas durante el mantenimiento*
Deshidratación leve a moderada	Administrar 2200 a 4000 ml de SRO en las primeras 4 horas.	SRO a libre demanda, hasta 2 litros/día Reemplazar las pérdidas hasta que disminuya la diarrea o el vómito, continuar si persisten.
Deshidratación severa	Administrar, por vía intravenosa, líquidos isotónicos como lactato de Ringer o solución salina de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • 100 ml/kg en 3 horas. • Comience rápidamente (30 ml/kg en 30 minutos) y luego más lento. Cantidad total por día: 200 ml/kg durante las primeras 24 horas. Ajustar electrolitos y administrar dextrosa con base en valores bioquímicos. La rehidratación se debe continuar hasta que el pulso, la perfusión y el estado mental regresen a la normalidad.	SRO a libre demanda, hasta 2 litros/día. Reemplazar las pérdidas si la diarrea o vómito continúan. Si la vía oral no está disponible. Administre los líquidos por sonda nasogástrica con una composición de 5% dextrosa, 0.25 ml de solución salina y 20 mEq/L de potasio.



CONCLUSIÓN:

Los temas abordados en este ensayo son: dermatológicos y gastrointestinales que es de suma importancia tener en cuenta la clasificación y el diagnóstico clínico además de los complementarios en conjunto de la variedad y la resistencia microbiana: parásitos, bacterias, protozoos, hongos y virus.



BIBLIOGRAFÍA:

✚ *GPC ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS 2017*

✚ *GPC DIARREAS 2019*