



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“RESUMEN”

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

DR:
DIEGO ROLANDO MARTINEZ GUILLEN

PRESENTA:
Andrea Montserrat Sánchez López

MEDICINA HUMANA

7° SEMESTRE

OCTUBRE de 2022
Comitán de Domínguez, Chiapas

DERMATOLOGÍA

INFECCIONES POR EL VIRUS DE VARICELA ZOSTER

Es una enfermedad infectocontagiosa que se caracteriza por fiebre y la aparición de erupciones en la piel, causada por el virus de Familia herpesvirus.

Etiología

- Es el único reservorio conocido es el hombre.
- El virus tiene un ADN de doble cadena con una cápside icosaédrica.

Epidemiología

- Cualquier época del año aunque es más frecuente en el invierno y la primavera.
- Se transmite de persona a persona, ya sea por contacto directo con las lesiones cutáneas o por vía aérea al expulsarse mediante la tos o los estornudos.
- Periodo de incubación hasta que aparece la enfermedad es de 2 a 3 semanas, son contagiosos aproximadamente desde 2 días antes de aparecer la erupción.
- También se puede contraer la varicela a partir de las lesiones de una persona con herpes zoster.

Medios de transmisión

- La transmisión es dada por inhalación de gotitas respiratorias en el aire, tos y los líquido de las ampolla.
- Contacto directo con las vesículas
- La persona se vuelve contagiosa 1 o 2 días *antes* de que aparezca las ampollas y continúa siendo contagiosa hasta formar costra.

Clínica

- Periodo prodrómico: fiebre, dolor de cabeza, malestar general, pérdida de apetito o vómitos y erupción en la piel que se convierten en vesículas llenas de líquido
- Ampollas
- Cefalea
- Anorexia
- Sensación de escozor
- La mayoría de las ampollas no dejarán cicatrices, menos que resulten infectadas con bacterias.
 - Algunos niños que hayan recibido la vacuna pueden desarrollar casos varicela leve.



Diagnóstico

- observando la erupción y haciendo preguntas acerca de la historia clínica del paciente.
- Cultivo
- Inmunofluorescencia, usarse la inmunoglobulina M (IgM) en sangre.

Diagnóstico diferencial

- Infecciones por el virus coxsackie
- Escabiosis
- Impétigo
- Prurito por picadura de insectos
- Dermatitis Herpetiforme

Tratamiento

- Consiste en mantener al paciente en reposo y comiendo;
- Mantenga las uñas cortas;
- Evite usar ropa áspera, como la de lana;
- Evite la exposición prolongada al calor excesivos.
- Paracetamol
- Las personas que están en riesgo de síntomas más graves se pueden beneficiar del antiviral (**Aciclovir**).

Pronóstico

Por lo general, la persona se recupera sin complicaciones

Las mujeres que contraen varicela durante el embarazo le pueden pasar la infección al feto causando aborto

Profilaxis

- Inmunización activa: vacuna anti-varicela.
- Inicia con las edades: 12 a 15 meses;
- Inmunización pasiva: La inmunoglobulina anti varicela;
- La ingesta de micronutrientes, como vitaminas antioxidantes (vitamina A, C, E) o la vitamina B, así como el consumo de fruta fresca, pueden reducir el riesgo de padecer herpes zóster.

Patogenia

- Durante la fase virémica, el virus migra hacia los ganglios nerviosos asociados (área con mayor carga viral) y permanece latente por años.
- Al reactivarse, el virus viaja por los axones de los nervios sensoriales desde el ganglio hasta la piel; donde se multiplica y produce lesiones locales.

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 unilateral.
- Afecta cabeza, tronco y cuello.

Complicaciones:

- Neuralgia post-herpética
- Encefalitis
- Mielitis

Cuadro clínico

Manifiesta:

- Febrícula
- Malestar
- Fiebre 37.8 a 39.4° C de 3 a 5 días de duración.
- Las lesiones aparecen en el tronco y la cara y pronto alcanzar otras zonas del cuerpo.

Complicaciones

Después de la varicela:

- Neumonía por varicela
- Cianosis
- Dolor de pecho de tipo pleurítico
- Hemoptisis
- Miocarditis
- Nefritis
- Diátesis Hemorrágica
- Hepatitis

Diagnóstico

- Citodiagnóstico (prueba de Tzanck)
- Cultivo viral de la lesión de la piel
- Identificación del antígeno por inmunoelectroforesis e inmunofluorescencia

Varicela y embarazo

- Poco frecuente
- El feto se contamina por vía hematógena transplacentaria desde la segunda viremia materna. Según el momento de la gestación en que la madre presente su primoinfección por el VVZ los riesgos para el feto o el recién nacido son diferentes.

Varicela perinatal

- Se asocia a varicela materna ocurrida en las últimas semanas de gravidez. La enfermedad fetal alcanza tasas de 50% cuando la varicela materna se produce 1 a 4 semanas antes del nacimiento, y 30% de los niños infectados desarrollan varicela clínica con evolución grave o fatal.

SARAMPIÓN

Enfermedad viral aguda, altamente contagiosa, que cursa con fiebre, tos, catarro oculonasal y exantema maculopapular confluyente característico

Etiología

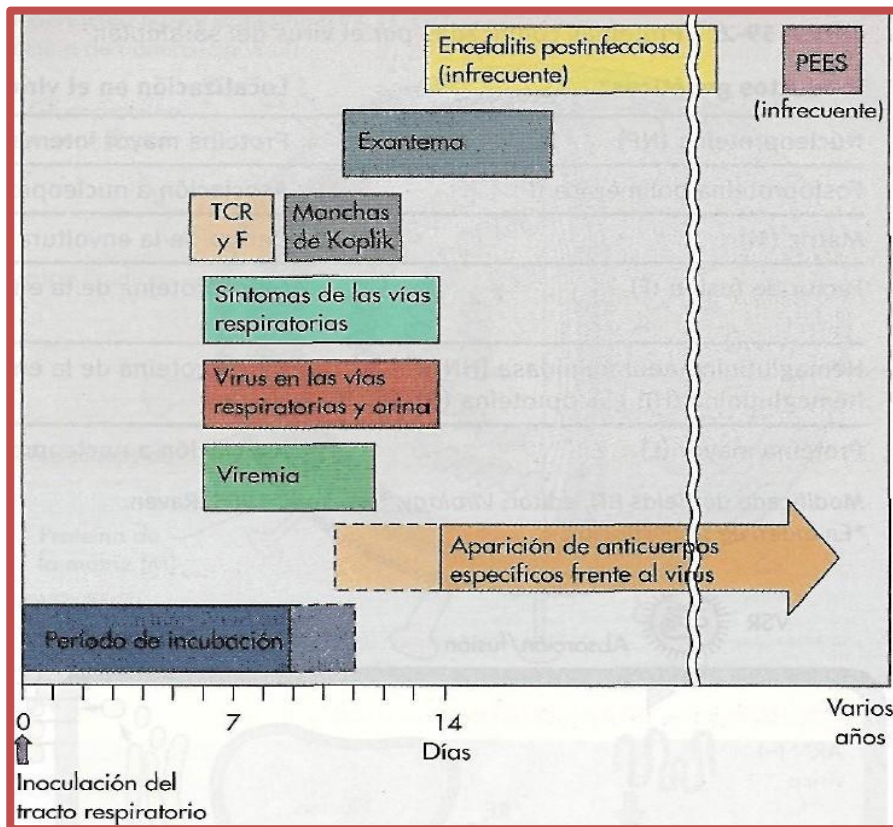
- RNA
- Familia: Paramixovirus
- Calor, pH, solventes

Epidemiología

- Altamente contagioso
- Brotes c/ 2-3 años
- Invierno- primavera (Marzo/Abril)
- Gotitas respiratorias
- < 5 años

Periodo de máxima contagiosidad es 4 días antes y 4 días después de la aparición del exantema. La rubéola es una enfermedad con una contagiosidad menor que la del sarampión

Cuadro clínico



Fase prodromica

- Fiebre Elevada
- Tos seca

- Conjuntivitis
- Cefalea
- Artralgias
- Enantema
- Manchas de koplik (color blanco grisáceo, pequeña, con halo eritematoso, persisten desde 1-3 día antes hasta 3 después del exantema).
- Fotofobia (aparece antes de las manchas Koplik)

Fase exantemática

Exantema:

- Aparece como maculas tenues sobre las partes laterales del cuello, detrás de los pabellones auriculares, a lo largo de la línea de implantación del pelo, y sobre la porción posterior de la mejilla.
- Lesiones maculopapulosas, en cara, luego cuello, la parte superior del tórax y de los brazos... suele suceder durante las primeras 24 horas.
- Confluyente
- En las siguientes 24 horas se extiende a la espalda, el abdomen, la totalidad de los brazos y los muslos.
- Cuando llega a los pies (el 3er día), se está desvaneciendo en la cara, y luego se desvanece hacia abajo, así como apareció

***No respeta palmas y manos**

Cuadro clínico

Además hay aumento brusco de la temperatura: ($>40^{\circ}\text{C}$) que desaparece después de esta fase.

Cuadro atípico

Ocurre en receptores de vacunas de virus muertos que después tuvieron contacto con el tipo “salvaje” del virus del sarampión.

Síntomas prodrómicos, excepto la fiebre, ocurren raramente.

Presenta cefalea intensa, dolor abdominal intenso + vómitos, mialgias, síntomas respiratorios, neumonía con derrame pleural y un exantema diferente al típico.

Exantema: 1) palmas 2) muñecas, 3) plantas de pies y tobillos en localización y progresa en dirección centripeta.

Diagnóstico

Usualmente diagnosticado por la presentación clínica y epidemiología

Se confirma con la analítica: Leucopenia con linfopenia/ neutropenia es frecuente.

Fase prodrómica

CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS

- a) **Retículo endotelial** (De Warthin Finkeldey) en ganglios linfáticos, adenoides, bazo, timo, apéndice.

Epiteliales (tracto respiratorio alto, boca, vejiga), su presencia ayuda a diagnosticar

- Los Anticuerpos se detectan cuando aparece el exantema.
- IgM (72 hrs)
- En los sueros de la fase aguda y la convalecencia elevación cuádruple del título de anticuerpos diagnóstica IgG

Tratamiento

No hay tratamiento antiviral específico. Tratamiento de Soporte :

- Aislamiento

- Antipiréticos (paracetamol o ibuprofeno)
- Reposo en cama
- Ingesta adecuada de Líquidos
- Humidificación del ambiente para la laringitis o cuando la tos es irritativa
- Durante la FOTOFobia protección
- Vitamina A:
- 100 000 UI VO dosis única, niños de 6 meses a un año de edad.
- 200 000 UI VO dosis única, en niños mayores de 1 año.
- Niños con pruebas oftálmicas de déficit de Vitamina A deben recibir 2 dosis adicionales al día siguiente y 4 semanas después.

Prevención

Vacuna: virus atenuados (“vivos”), deriva de la cepa RA 27/3, es virus entero.

Vía IM o SC

RUBEÓLA

Definición

Enfermedad infectocontagiosa de origen viral causada por un togavirus del género rubivirus que se caracteriza por exantema, fiebre y linfadenopatías.

- “La rubéola es una infección vírica contagiosa, por lo general leve, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.”

-OMS

Cuadro clínico

Rubeola posnatal

- Exantema: 3-5 días
- Comienza en cara
- Después se extiende a todo cuerpo
- Es maculopapuloso No confluyente
- Puede ser descamativo

Complicaciones posnatales

1/3 Mujeres: Artritis o artralgias

- Aparece al mismo tiempo que el exantema
- Tarda varias semanas en desaparecer
 - Dedos
 - Muñecas
 - Rodillas

Adultos: Encefalitis

- Incidencia de 1 en 5,000 casos
- Mortalidad entre 20-50%
- Los sobrevivientes no suelen presentar secuelas

Niños: Manifestaciones Hemorrágicas

- Trombocitopenia y daño vascular (Durar de semanas a meses)
- Sangrado en áreas vitales
- Púrpura trombocitopénica como la única manifestación

Síndrome de rubeola congénita

- Sordera
- Catarata o glaucoma
- Cardiopatía congénita

Diagnóstico

- Serología
 - ELISA
 - Aglutinación con látex
 - Prueba de hemólisis radial
 - Medir títulos de IgG o IgM
- IgG específica en suero
- Las pruebas positivas para IgM anti-rubéola

Aislamiento en líquido amniótico

- Diagnóstico serológico:

Medir anticuerpos específico tanto en el suero del niño como de la madre

Si se detecta IgM anti-rubéola en el suero del neonato, entonces ha tenido lugar la infección transplacentaria

- Biopsia placentaria a las 12 semanas
- Demostración de antígeno de rubéola mediante anticuerpos monoclonales
- **Cordocentesis**
- Detección de ARN mediante hibridación in situ y PCR

Tratamiento

- Tratamiento sintomático
- Administración de gamma-globulina (Ig)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de la infección aguda de rubéola son medidas generales

Medidas Generales

- Se recomienda mantener aislamiento para evitar contagio
- Si hay fiebre control con medios físicos
- Alimentación habitual
- Baño diario con agua tibia no tallar la piel

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la mayoría de los casos no se requiere ninguno medicamento, la enfermedad generalmente es benigna

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS		EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
SR (Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto, hasta los 39 años de edad)	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	SIN ANTECEDENTE VACUNAL	PRIMERA	AL PRIMER CONTACTO	
			SEGUNDA	4 SEMANAS DESPUÉS DE LA PRIMERA	
		CON ESQUEMA INCOMPLETO	DOSIS ÚNICA	AL PRIMER CONTACTO	
Td	TÉTANOS Y DIFTERIA	CON ESQUEMA COMPLETO	REFUERZO	CADA 10 AÑOS	
		CON ESQUEMA INCOMPLETO O NO DOCUMENTADO	PRIMERA	DOSIS INICIAL	
			SEGUNDA	1 MES DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS	
			TERCERA	12 MESES POSTERIORES A LA PRIMERA DOSIS	
Tdpa	TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA	ÚNICA		A PARTIR DE LA SEMANA 20 DEL EMBARAZO	

ESCARLATINA

Etiología

- El agente causal es el Estreptococo β -hemolítico del grupo A.
 - Posee la proteína antigénica M.
 - Produce la toxina eritrogénica A, B y C (pirógena, produce exantema, daña macrófagos, mitógena para los linfocitos).

Epidemiología

- De distribución general en cualquier clima.
- Reservorio único el ser humano.
- El periodo de transmisibilidad en los casos no tratados de origen respiratorio es de 10 a 21 días. En los tratados es de 48 hrs.

Cuadro clínico

- Incubación de 2 a 4 días.
- Inicio repentino con fiebre, vómito, odinofagia y escalofrío.
- En primeras 24 a 48 h. aparece la triada: exantema, enantema y fiebre.
- Fiebre.
 - Inicio súbito en 39.5 a 40° C, se normaliza al 5° o 6° día.
 - Con tratamiento se normaliza a las 24 h.
- Enantema.
 - Aparece con la fiebre.

- Exudado membranoso en amígdalas y lesiones petequiales en pilares anteriores y paladar blando.
- Lengua en fresa blanca (2 primeros días).
- Transición: desprendimiento de saburra (2° a 4° día).
- Lengua en fresa roja con desprendimiento de saburra (5° a 6° día).



- Exantema.
 - Aparece en primeras 24 h. del cuadro.
 - De tipo maculopapular de aspecto punteado que da apariencia aspera (piel de lija o piel de gallina), se generaliza en 24 h. y desaparece a la presión.
 - En cara respeta áreas perinasal y peribucal (palidez peribucal).
- Exantema.
 - Es intenso en pliegues de flexión con petequias (signo de Pastia).
 - Descamación de 3 a 8 semanas que inicia en cara y hasta en colgajos en palmas y plantas.
- Dolor abdominal.
- Adenomegalias cervicales.

Diagnóstico

- Datos clínicos.
- BH: leucopenia con predominio PMN.
- Aislamiento de exudado faríngeo o piel.
- Pruebas serológicas.
 - Estreptozima: indica infección reciente.
 - Antiestreptolisinas O: positiva en 3ª a 5ª sem. Positivo si es mayor a >1:240

Tratamiento

- Medidas generales.
- Penicilina benzatinica 20,000 a 50,000 UI/kg. D.U.

DIARRREAS

Definición

“Deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas

Gastroenteritis aguda:

Proceso autolimitado, patológicamente inflamación y/o disfunción del intestino producida por un germen o sus toxinas, que da lugar a una alteración de su capacidad para regular la absorción de sales y agua, produciendo diarrea.

- 2 años pérdida fecal + 10 ml kg o >200gr/día

Epidemiología

- 2.5 millones de muertes/año
- 160-250:100.000 habitantes alrededor del mundo
- 1700 millones de casos de diarrea en <5 años
- Los < 5 años 2.7 episodios de diarrea /año
 - 4.3 dias/episodio
- Tasa de incidencia más alta 6-11 meses
- 72% mortalidad por diarrea en <2 años

Fisiopatogenia:

- Osmotico
- Inflamatorio
- Secretora
- Malabsortivo

Etiología

Dependiendo del entorno del cual se hable, condiciones del paciente, estado de nutrición

Zona urbana

- Parasitos <10%
- Bacterias 20-20%
- Virus 70-80%

La zona rural, lo contrario a la zona urbana

En pacientes <1 año:

- Rotavirus
- Norovirus

Pacientes de 1-4 años

- Rotavirus
- Norovirus

>5 años

- Campylobacter

- Salmonella
- Rotavirus

ROTAVIRUS

Periodo de incubación:

1-3 días

Clinica:

Vómito antes de la diarrea, fiebre (30-50%), heces no fétidas, moco (25%)

Curso natural:

4-7 días

Alimentos

- Alimentos contaminados
- Juguetes, superficies

NOROVIRUS

Periodo de incubación:

12-48 hrs

Clinica:

Diarrea líquida, náuseas, vomito, cólicos, febrícula, ataque al estado general

Curso natural:

1-3 días

Alimentos:

- Mariscos y alimentos contaminados
- Hoteles, cruceros

BACTERIAS

SHIGUELLA

- Enterobacteria
- Bacilo
- Gramnegativo
- Inmovil (no antígeno H)

Periodo de incubación

- 2-4 días

Clínica

- Disenteria con varias evacuaciones (5-30/día), pujo y tenesmo

Curso natural:

- 2-15 días

Alimentos contaminados**SALMONELLA**

- Enterobacteria
- Gramnegativo
- Movil
- Causan 18-20% de los casos de diarrea bacteriana

Periodo de incubación:

8-24 hrs

Clínica:

Vomito > diarrea; moco con o sin sangre

Curso natural:

3-10 días

Alimentos:

Huevos, aves de corral, leche y sus derivados, frutas y verduras contaminados

CAMPYLOBACTER JEJUNI

- Bacilo curvado
- Gramnegativo
- Movil
 - Flagelos polares
- 3-15% de los casos de diarrea bacteriana

Periodo de incubación:

1-11 días

Clínica

- Abundantes, fétidas, mucosanguinolentas
- Dolor periumbilical, vomito, fiebre

Curso natural:

1-5 días

Alimentos asociados:

- Aves de corral crudas o poco cocinadas, leche no pasteurizada
- Nadar en agua no tratada

E. COLI

- Bacilo gramnegativa

Se identifican 5 grupos

- Enteropatógena
 - Diarrea infantil
- Enterotoxigenica
 - Diarrea acuosa
- Enteroinvasiva
 - Disenteria
- Enteroagregativa
 - Diarrea persistente en niños y pacientes infectados por VIH
- Enterohemorrágica
 - Colitis hemorrágica y síndrome hemolítico

STAPHYLOCOCCUS AUREUS

- Cocco grampositivo
- Anaerobio facultativo
- Catalasa positivo
- Oxidasa negativo

Periodo de incubación

4-6 hrs

Clínica:

Comienzo brusco (horas), diarrea líquida, náuseas, vómitos, salivación aguda, cólico. No suele existir fiebre elevada

Curso natural:

2-3 días

Alimentos: leche, huevo y derivados (inadecuada refrigeración en verano)

PARÁSITOS

GIARDIA LAMBIA

Protozoario:

2 formas:

- Trofozoito
- Quiste

Incubación sintomática:

3-45 días

Clínica:

Comienzo súbito, esteatorrea, no moco, no sangre, fétida y acompañada de flatulencia, distensión abdominal y anorexia

Curso natural:

7-10 días

Propagación:

Restos de heces, aguas mal higienicas

Diagnóstico

Analitica de sangre: en pacientes con deshidratación moderada a severa y en los que la rehidratación se realiza IV.

Hemograma:

Química sanguínea (glucemia y función renal)

Gasometria (electrolitos séricos)

Coprocultivo:

Solo en casos de diarrea persistente o posibilidad de usar antibiótico

Citología moco fecal**Sangre oculta en heces****Tratamiento:**

- Continuar seno materno
- Niños mayores, continuar alimentación habitual, pero menor cantidad y mayor frecuencia
- Los niños que se alimentan con fórmula, no cambio de diluciones.
- No soluciones herbales, ni hidratación para deportistas

Hidratación oral

- Piedra angular del tratamiento
- Se recomienda tener suero oral en casa
- No con biberón, usar taza y cuchara
- Soluciones con agua de arroz (50g/L agua)

Uso de antimicrobianos en diarrea agua:

No es para todos

- Recordar que es un proceso autolimitado

- LOPERAMIDA
 - Nunca menores de 5 años
 - Ileo paralítico y vómito
 - 0.03mg/kg/dosis
- RACECADROTILO
 - Efecto antisecretor intestinal selectivo
 - Sobres 10 y 30 mg
 - 1.5mg/kg/dosis VO cada 6-8hrs 3-5 días
- ESMECTITA

