



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

Dr.- DIEGO ROLANDO MARTINEZ GUILLEN

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

7 "B"

Materia:

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

Proyecto:

Resúmenes

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 12 de octubre del 2022.

Varicela

La varicela es una enfermedad infecciosa originada por el virus varicela-zóster, perteneciente a la familia de los herpesvirus, que también causa el herpes zóster. Se presenta principalmente en niños de entre uno y nueve años de edad. La infección en adolescentes y adultos suele ser más severa y tiene mayor riesgo de complicaciones. Tras un período largo de latencia (14 a 21 días), la enfermedad presenta un periodo prodrómico semejante a un cuadro gripal con fiebre leve o moderada; luego, aparece un exantema macular auto limitado (a veces con compromiso de mucosas o enantema), que rápidamente evoluciona a pápulas, luego a vesículas y finalmente a costras que se desprenden tras una a dos semanas.

Epidemiología:

El virus solo se transmite de persona a persona, ya sea por contacto directo con las lesiones cutáneas o al expulsarse mediante tos o estornudos. El período de incubación hasta que aparece la enfermedad es de dos a tres semanas. Es contagiosa desde dos días antes de la erupción. También puede ser contraída a partir de las lesiones de una persona con herpes zóster.

Etiología

La varicela es una infección viral causada por un herpesvirus del género Varicellovirus y la subfamilia Alphaherpesvirinae. La taxonomía lo ha denominado virus herpes humano 3 (HHV-3) cuyo único reservorio conocido es el hombre. El virus tiene un ADN de doble cadena.

Patogenia

La varicela es por lo general adquirida por la inhalación de gotitas respiratorias en suspensión en el aire desde un huésped infectado. Después de la inhalación inicial de las gotitas contaminadas, el virus infecta la mucosa de las vías respiratorias superiores. La proliferación viral se produce en los ganglios linfáticos regionales de las vías respiratorias superiores entre 2-4 días después de la infección inicial y es seguida por la viremia entre los días 4-6 postinfección. Una segunda ronda de la replicación viral se produce en los órganos internos del cuerpo, en especial el hígado y el bazo, seguida de una viremia secundaria de los días 14-16 postinfección. Esta viremia se caracteriza por la difusión viral entre las células endoteliales capilares y la epidermis.

Cuadro clínico

El signo más característico de la varicela es una erupción en la piel que aparece en forma de pequeños granos que en poco tiempo se convierten en vesículas (ampollas llenas de líquido). Las vesículas suelen aparecer primero por el tronco, la cara, el cuero cabelludo, extendiéndose después por todo el cuerpo. También puede afectar a la boca, a la vulva y al interior de los canales auditivos. Uno o dos días después las vesículas se transforman en costras. En el periodo prodrómico suelen presentarse otros síntomas leves como fiebre, dolor de cabeza, malestar general, pérdida de apetito o vómitos, que suelen persistir en los primeros días de la enfermedad.

Diagnóstico

En general, la varicela se diagnostica por sus signos clínicos típicos, sin ningún análisis. La erupción vesiculosa y pruriginosa en oleadas, en especial si hay antecedente reciente de contacto con un enfermo de varicela, es suficiente para establecer el diagnóstico.

Tratamiento

En niños sanos suele ser suficiente aliviar los síntomas. Para la fiebre se emplea el paracetamol, debe evitarse la aspirina (ácido acetilsalicílico), cuyo empleo para la varicela se asocia al síndrome de Reye.

Con carácter general se desaconseja el uso de ibuprofeno en niños con varicela por la posibilidad de una predisposición a infecciones oportunistas. El prurito puede aliviarse con lociones antipruriginosas o con antihistamínicos orales, talcos de coloides o loción de calamina. Es importante aislar al enfermo durante la fase contagiosa de aquellas personas que nunca han contraído la enfermedad, en especial de las de mayor riesgo (adultos, adolescentes, embarazadas o inmunodeprimidos).

Sarampión

El sarampión es una enfermedad infecciosa exantemática como la rubeola o la varicela, bastante frecuente, especialmente en niños, causada por un virus, específicamente de la familia paramyxoviridae del género Morbillivirus.

Etiología

El ser humano es el único huésped del virus del sarampión, un virus de alrededor de 120-140 nanómetros es un virus de ARN, miembro de la familia de los paramixovirus (género Morbillivirus).

Patogenia

La transmisión del virus del sarampión ocurre por contacto toser o por gotitas infectadas provenientes de alguien enfermo, quien permanece infeccioso tres a cinco días antes de la aparición de las erupciones hasta cuatro días después. El virus penetra en las células epiteliales de la mucosa de las vías respiratorias altas, como la orofaringe o, con menos frecuencia en la conjuntiva de los ojos. El virus llega al tejido linfóide y reticuloendotelial local en menos de 48 horas: amígdalas, adenoides, timo, bazo, etcétera y al resto de las vías respiratorias altas, donde se reproduce originando una viremia inicial asintomática durante los primeros 4 días del contagio.

Después de unos 5-7 días hay una segunda viremia, con la consiguiente infección de la piel y las vías respiratorias. Al décimo día del contagio se inicia la respuesta inmune del huésped y la producción del interferón, que disminuyen progresivamente la viremia, y aparece la erupción con el exantema característico y otros síntomas, como tos y bronquitis aguda, que definen el período exantemático de la enfermedad.

Cuadro clínico

El periodo de incubación es de aproximadamente 4-12 días (durante los cuales no hay síntomas). El primer síntoma suele ser la aparición de fiebre alta, por lo menos tres días, tos, coriza (nariz moqueante) y conjuntivitis (ojos rojos). La fiebre puede alcanzar los 40°C (104°F). Las manchas de Koplik que aparecen dentro de la boca son patognomónicas (su aparición diagnóstica la enfermedad), pero son efímeras: desaparecen en unas 24 horas.

Otro síntoma es el exantema, que aparece tres o cuatro días después de comenzar la fiebre. Se trata de una erupción cutánea de color rojizo que desaparece al presionar con el dedo. El característico exantema del sarampión se describe como una erupción generalizada, maculopapular, que comienza 2-3 días después de la aparición de la fiebre y de la sintomatología catarral.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico clínico del sarampión requiere una historia de fiebre de por lo menos tres días consecutivos con al menos uno de los otros tres síntomas. La observación de las manchas de Koplik es también diagnóstica del sarampión.

No hay un tratamiento específico o terapia antiviral para el sarampión. La mayor parte de los pacientes se recuperarán sin complicaciones con descanso y tratamiento de ayuda.

Inmunización

En los países desarrollados, la mayor parte de los niños están inmunizados contra el sarampión a la edad de 12 meses, generalmente como parte de la vacuna triple vírica SPR (sarampión, paperas y rubéola). La vacunación no se aplica antes ya que los niños menores de 12 meses retienen inmunoglobulinas anti-sarampiónicas (anticuerpos) transmitidos de la madre durante el embarazo. Un refuerzo de la vacuna se debe recibir entre los cuatro y los cinco años.

Escarlatina

La escarlatina o fiebre escarlata es una enfermedad infecciosa, aguda y febril producida por el *Streptococcus pyogenes* del serogrupo A. Su período de incubación es de 2 a 4 días.

Epidemiología

Es una enfermedad transmitida por contagio, generalmente por vía respiratoria, que se presenta con mayor frecuencia en niños en edad escolar de 2 a 10 años de edad (incluso hasta 12), pero raramente en adultos.

Un individuo puede tener varias veces la escarlatina debido a la formación de anticuerpos específicos contra las exotoxinas pirógenas. Los pacientes con inmunidad antibacteriana específica contra un tipo de estreptococo (con o sin inmunidad antitóxica), podrán no contraer la enfermedad al exponerse a ese tipo. Los pacientes sin inmunidad bacteriana específica (pero con inmunidad antitóxica) podrán contraer faringitis y los pacientes sin ninguno de los 2 tipos de inmunidad podrán contraer faringitis y escarlatina.

Cuadro clínico: síntomas y signos

El cuadro comienza con fiebre alta de aparición abrupta, superior a los 38°C, inflamación de las amígdalas o la faringe, adenopatías cervicales (inflamación de los ganglios del cuello) y otros síntomas como escalofríos, dolores articulares en todo el cuerpo, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, dolores muy fuertes de estómago y dolor e inflamación de garganta.

El exantema, que es el síntoma más evidente de la escarlatina, aparece de uno a cinco días después del comienzo de la fiebre. Al comienzo, suele tener el aspecto de una quemadura solar con pequeños puntos sobreelevados que pueden producir picazón. La erupción comienza primero en el cuello y la cara; por lo general, no afecta el área alrededor de la boca. Se extiende al tórax y la espalda y después se generaliza en el resto del cuerpo. En los pliegues de la piel, especialmente en las axilas y los codos, la erupción es de un rojo más intenso que se dispone de manera lineal. Las zonas de la piel que presentan la erupción se tornan blancas al presionarlas y son ásperas al tacto, describiéndose como "piel de lija" o "piel de gallina". Al sexto día de la infección, la erupción comienza su involución, pero la piel afectada puede comenzar a descamarse, lo que puede durar hasta 3 semanas.

Se acompaña también de enantema (erupción de las mucosas), con enrojecimiento de la faringe y amígdalas, o puntos blanco-amarillentos de pus, y la lengua se cubre de una capa blanquecina, con papilas rojas ("lengua en fresa blanca") que luego desaparece al quinto día, quedando roja ("lengua en fresa o frambuesa")

Tratamiento

Como esta enfermedad es producida por un estreptococo, su tratamiento es con antibióticos. El antibiótico de primera elección es la penicilina, que puede ser oral como la penicilina V o la amoxicilina, o intramuscular como la penicilina benzatínica. Una alternativa para pacientes alérgicos a la penicilina es la eritromicina o la azitromicina. El tratamiento debe durar al menos diez días, dado que un tratamiento inadecuado puede ocasionar complicaciones.

Rubeola

La rubeola es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la rubeola, un virus de ARN perteneciente a su propia familia viral Matonaviridae.

Etiología

La enfermedad es causada por el virus de la rubeola, que se desarrolla en una sola cadena genómica de ARN de polaridad positiva. El virus es transmitido por vía respiratoria y se replica en los ganglios linfáticos del cuello. El virus aparece en la sangre a los 5 o 7 días después del contagio y se dispersa por todo el cuerpo. Además es capaz de cruzar la placenta e infectar al feto cuando se está desarrollando y detener la multiplicación celular de las células del feto provocándole la muerte.

Patogenia

Se transmite entre personas a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas (pañuelos, vasos o manos). Cuando el virus se introduce en el organismo, pasa a la sangre atacando a los glóbulos blancos, que a su vez transmiten la infección a las vías respiratorias, la piel y otros órganos. Una vez que se padece la enfermedad, el paciente adquiere inmunidad permanente, por lo que no vuelve a ser atacado por el virus.

El periodo de incubación de la enfermedad (tiempo que transcurre desde que entra en contacto con una persona enferma hasta que comienzan a desarrollarse los síntomas) suele oscilar entre dos y tres semanas.

Manifestaciones clínicas

La rubeola se caracteriza por la aparición de pequeñas erupciones en la piel de un color rosáceo que se inician en la cabeza y progresan hacia los pies, haciéndose más intensa en el tronco, que en algunos pacientes puede producir picazón y suelen desaparecer en pocos días.

Las erupciones suelen mostrarse uno o dos días después del contagio. Junto a las manchas rojizas, los síntomas de la rubeola son bastante similares a los de un síndrome gripal, con malestar general, fiebre poco intensa, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta (faringitis) e inflamación dolorosa de ganglios alrededor de la nuca y en la región posterior de las orejas; conjuntivitis.

Diagnóstico

El diagnóstico de la rubeola es difícil ya que las erupciones en la piel suelen ser poco intensas y de escasa duración. No obstante, se puede conocer mediante un análisis de sangre (serología) si la persona ya ha padecido la enfermedad y por tanto es inmune. Uno de los principales exámenes de laboratorio que se realizan son IgM e IgG y la prueba del hemograma y células E positivas.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la rubeola. La actuación de los especialistas durante la enfermedad suele centrarse en el control de los síntomas y va dirigida a mitigar la fiebre y el malestar general, como si se tratara de un proceso gripal. Se recomienda reposo y el aislamiento del paciente para evitar nuevos contagios.

Normalmente, los síntomas son tratados con paracetamol hasta que la enfermedad termina por desaparecer.

Prevención

La vacuna triple vírica (MMR), que protege frente a la rubeola, el sarampión y las paperas, se muestra eficaz y segura en casi la totalidad de las personas a las que se le administra.

Diarreas

Definición

La diarrea es una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia: líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales igual o mayor a tres evacuaciones en un día. La diarrea infecciosa es debida a una etiología viral, bacteriana y parasitaria; se asocia frecuentemente con síntomas de náuseas, vómito y cólico abdominal.

Etiología

Los virus, principalmente especies de rotavirus, son responsables del 70 al 80% de casos de diarrea infecciosa en el mundo desarrollado.

Varios patógenos bacterianos explican el otro 10 a 20% de los casos; 10% puede ser atribuible a *Escherichia coli*.

Historia clínica

El diagnóstico de diarrea aguda se realiza por la historia clínica y datos clínicos:

- Cambio en la consistencia de las evacuaciones.
- Cambio en la frecuencia y número de evacuaciones.
- Presencia de evacuaciones con moco y sangre.
- Ocasionalmente puede estar asociada con náusea, vómito y cólico abdominal.

Se considera que la diarrea habitualmente se resuelve entre el 5° y 7° día. Ocasionalmente puede persistir hasta 14 días.

El vómito usualmente dura de 1 a 2 días y en la mayoría cede a los 3 días.

La gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación.

La gastroenteritis bacteriana se asocia más frecuentemente con dolor abdominal grave y a veces con diarrea sanguinolenta.

Signos y síntomas

Se debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda con deshidratación:

Decaído o aspecto deteriorado	Respuesta alterada: Irritable o letárgico.	Ojos hundidos
Taquicardia.	Taquipnea	Disminución de la turgencia de la piel.
Gasto urinario disminuido.	Coloración de la piel sin cambios.	Extremidades tibias.
Mucosas seca	Pulsos periféricos normales.	Tiempo de llenado capilar normal.
Presión sanguínea normal.		

Estudios de gabinete

En el niño con diarrea, con o sin vómito, es de utilidad la toma de electrolitos séricos, urea, creatinina y bicarbonato en las siguientes circunstancias:

- Deshidratación grave con compromiso circulatorio
- Deshidratación moderada con sospecha de hipernatremia
- Niños con deshidratación moderada con antecedentes o hallazgos físicos que son incompatibles con episodios sencillos de diarrea.
- Niños con deshidratación moderada con diagnóstico poco claro o con otros factores de comorbilidad.
- Niños con deshidratación clínica sin choque que requieran rehidratación intravenosa o por gastroclisis.

Debe considerarse realizar la investigación microbiológica de las heces si:

- El niño ha estado recientemente en el extranjero
- La diarrea no ha mejorado al 7° día.
- Hay incertidumbre en el diagnóstico de la gastroenteritis.

Tratamiento

Niños con riesgo de deshidratación o con deshidratación leve deben de incrementar el volumen de líquidos habituales. Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando las bebidas gasificadas.

Los padres o cuidadores deben tener particular cuidado en mantener el incremento del volumen de líquidos ingeridos si el niño continúa con diarrea y vómito.

En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica, se recomienda:

- Uso de soluciones de baja osmolaridad (240- 250 mOsm/l) para la rehidratación oral.
- Dar 50ml/kg para reponer el déficit de líquidos durante 4h, así como los líquidos de mantenimiento.
- Dar SRO frecuentemente y en pequeñas cantidades.
- Considerar la sustitución con líquidos habituales

Si un niño es inhábil o esta indispuerto para aceptar los líquidos VO durante 1 h aproximadamente o su estado de hidratación empeora durante este periodo, usar la rehidratación por SNG.

Niños con riesgo de deshidratación o con deshidratación leve deben de incrementar el volumen de líquidos habituales. Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando las bebidas gasificadas.

La SRO puede ser dada en alícuotas de aproximadamente 5ml/kg cada 15 minutos. Si es bien tolerado y no hay vómitos la cantidad de las alícuotas puede ser incrementada con disminución de la frecuencia

Volúmenes adicionales de SRO no son necesarios para reemplazar las pérdidas si el niño está tolerando los líquidos y su estado clínico se revisa frecuentemente.

En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica, se recomienda:

Uso de soluciones de baja osmolaridad (240-250 mOsm/l) para la rehidratación oral.

Dar 50ml/kg para reponer el déficit de líquidos durante 4h, así como los líquidos de mantenimiento.

Dar SRO frecuentemente y en pequeñas cantidades.

Considerar la sustitución con líquidos habituales (incluyendo alimentos lácteos o agua, pero no jugos de frutas o bebidas carbonatadas) si se rehúsa a tomar cantidades suficientes de SRO

Considerar dar SRO vía sonda nasogástrica si están incapacitados para beber o sí tienen vómito persistente.

Monitorear la respuesta a la terapia de rehidratación oral con valoraciones clínicas regulares.

Prevención de complicaciones:

- No suspender la alimentación con leche materna.
- Dar terapia con rehidratación oral al inicio del cuadro enteral en casa.
- No dar alimentos sólidos.

-Considerar en niños con banderas la suplementación con líquidos habituales (fórmula o agua) si rehúsan constantemente la SRO.

-No dar jugos o bebidas carbonatas

PATRÓN EDAD-RELACIONADO DE LOS ENTEROPATÓGENOS MAS COMUNES		
Menor de un año	1-4 años	>5 años
Rotavirus	Rotavirus	Campylobacter
Noravirus	Norovirus	Salmonella
Adenovirus	Adenovirus	Rotavirus
Salmonella	Salmonella	
	Campylobacter	
	Yersinia	