

UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

Clínicas médicas complementarias

CATEDRÁTICO:

Dr. Diego Rolando Martínez Guillen

PRESENTA:

Éstefany Berenice García Ángeles

TRABAJO:

Resumen

GRADO Y GRUPO:

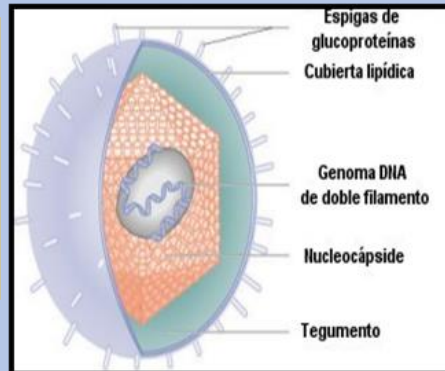
7 ° B

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 13 DE OCTUBRE DEL 2022

INFECCIONES POR EL VIRUS VARICELA-ZOSTER

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa que se caracteriza por fiebre y la aparición de erupciones en la piel, causada por un virus de familia herpesvirus.



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

Medios de transmisión

- Inhalación de gotículas en el aire, tos y líquido
- Contacto directo con las vesículas

- 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.

Fisiopatología



- Periodo prodromico: 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



Dx: observando la erupción y haciendo preguntas acerca de la historia clínica del paciente.

Cultivo

Imunofluorescencia, usarse la inmunoglobulina M (IgM) en sangre.

El diagnóstico diferencial incluye infecciones por el virus coxsackie, la escabiosis, impétigo y prurito por picadura de insectos. Dermatitis Herpetiforme

Tratamiento

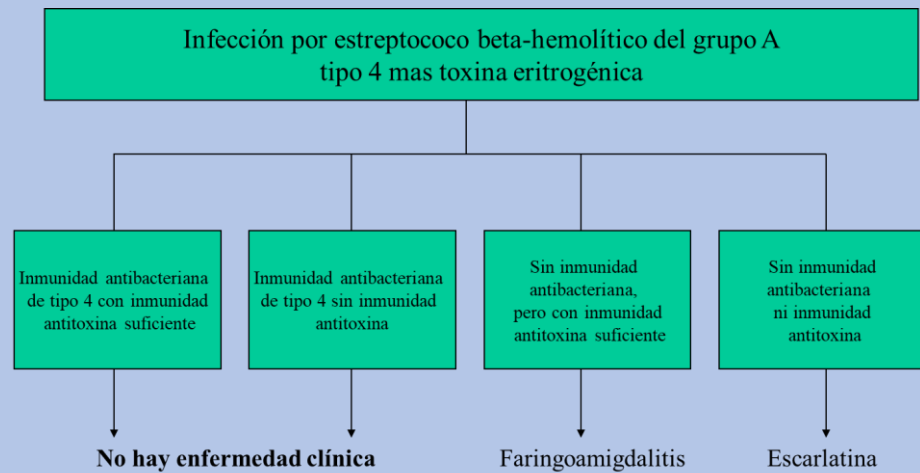
- ❖ Consiste en mantener al paciente en reposo y comiendo;
- ❖ Mantenga las uñas cortas;
- ❖ Evite usar ropa áspera, como la de lana;
- ❖ Evite la exposición prolongada al calor excesivo.

Escarlatina

El agente causal es el Estreptococo B-hemolítico del grupo A.

Posee la proteína antigénica M.

Produce la toxina eritrogénica A, B y C.



EPIDEMIOLOGIA

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 CLINICO

- Incubación de 2 a 4 días
- Inicio repentino, vomito, escalofrío
- En primeras 24 hrs a 48 hrs.
- Triada exantema, enantema y fiebre

Diagnostico:

Datos clínicos

BH

Aislamiento de exudado faríngeo o piel

Pruebas serológicas



Dx diferencial:

Enfermedades exantemáticas y enfermedad de Kawasaki

Complicaciones

Supurativas: adenitis cervical, otitis media, sinusitis

No supurativas: fiebre reumática, glomerulonefritis

Tratamiento

Medidas generales y penicilina bezatinica 20.000 a 50,000 UI/kg DU.

Sarampión

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

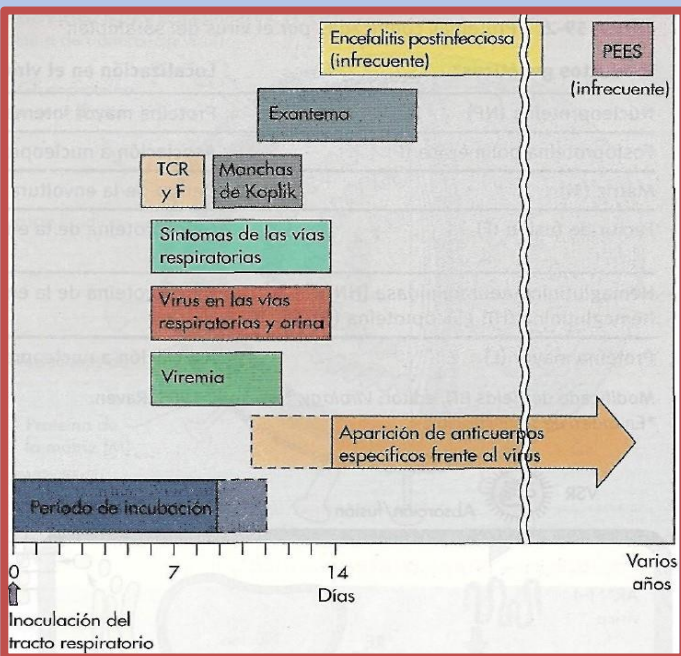
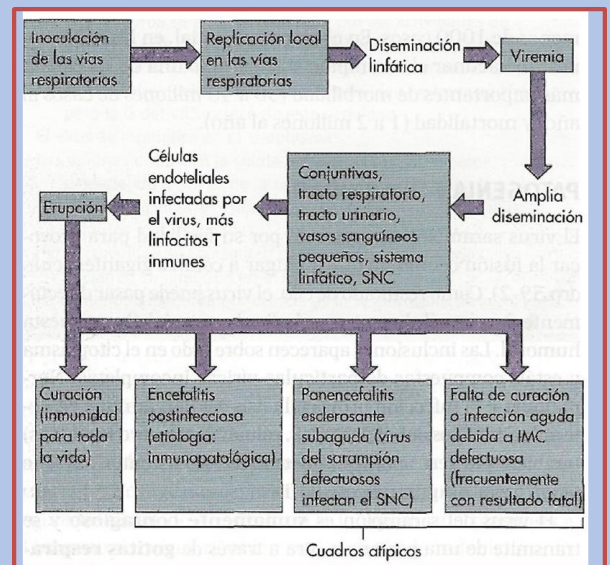
Epidemiología

Brotos casa 2 – 3 años

Invierno- primavera

Gotitas respiratorias

<5 años



Fase prodrómica

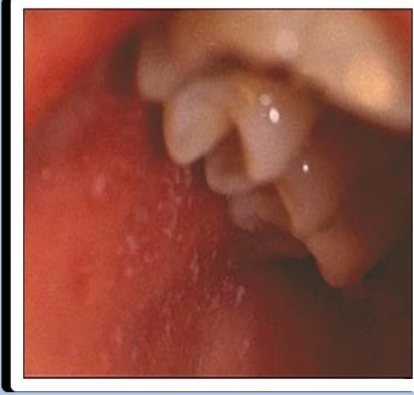
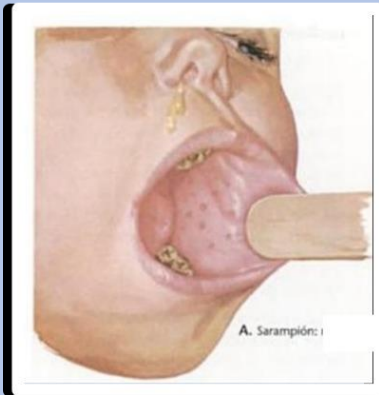
- Fiebre elevada
- Tos seca
- Conjuntivitis
- Cefalea
- Artralgias
- Enantema

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)

Sarampión: facies característica





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.

Confluente

Diagnostico:

- Diagnóstico clínico
- Examen con leucopenia
- IgM
- Anticuerpos se detectan cuando aparece exantema

Tabla III

SARAMPION. Diagnóstico diferencial

<i>Sarampión clásico</i>	<i>Sarampión atípico</i>
•Rubéola	•Fiebre de las Montañas Rocosas
•Escarlatina	•Infección meningocócica
•Fiebre de las Montañas Rocosas	•Rubéola
•Eritema infeccioso (V enfermedad)	•Varicela
•Infección por Enterovirus	•Infección por <i>M. pneumoniae</i>
•Infección por Adenovirus	•Infección por Enterovirus
•Roséola infantum (VI enfermedad)	•Neumonía bacteriana o vírica
•Mononucleosis infecciosa	•Púrpura de Schönlein-Henoch
•Infección por <i>M. pneumoniae</i>	•Reacción a drogas
•Síndrome de Kawasaki	
•Reacciones a drogas	

Tomada de Leach CT (2002)

Tabla II

PRINCIPALES RASGOS DIFERENCIALES ENTRE LAS MANIFESTACIONES CUTANEO-MUCOSAS DEL SARAMPION, RUBEOLA Y ESCARLATINA

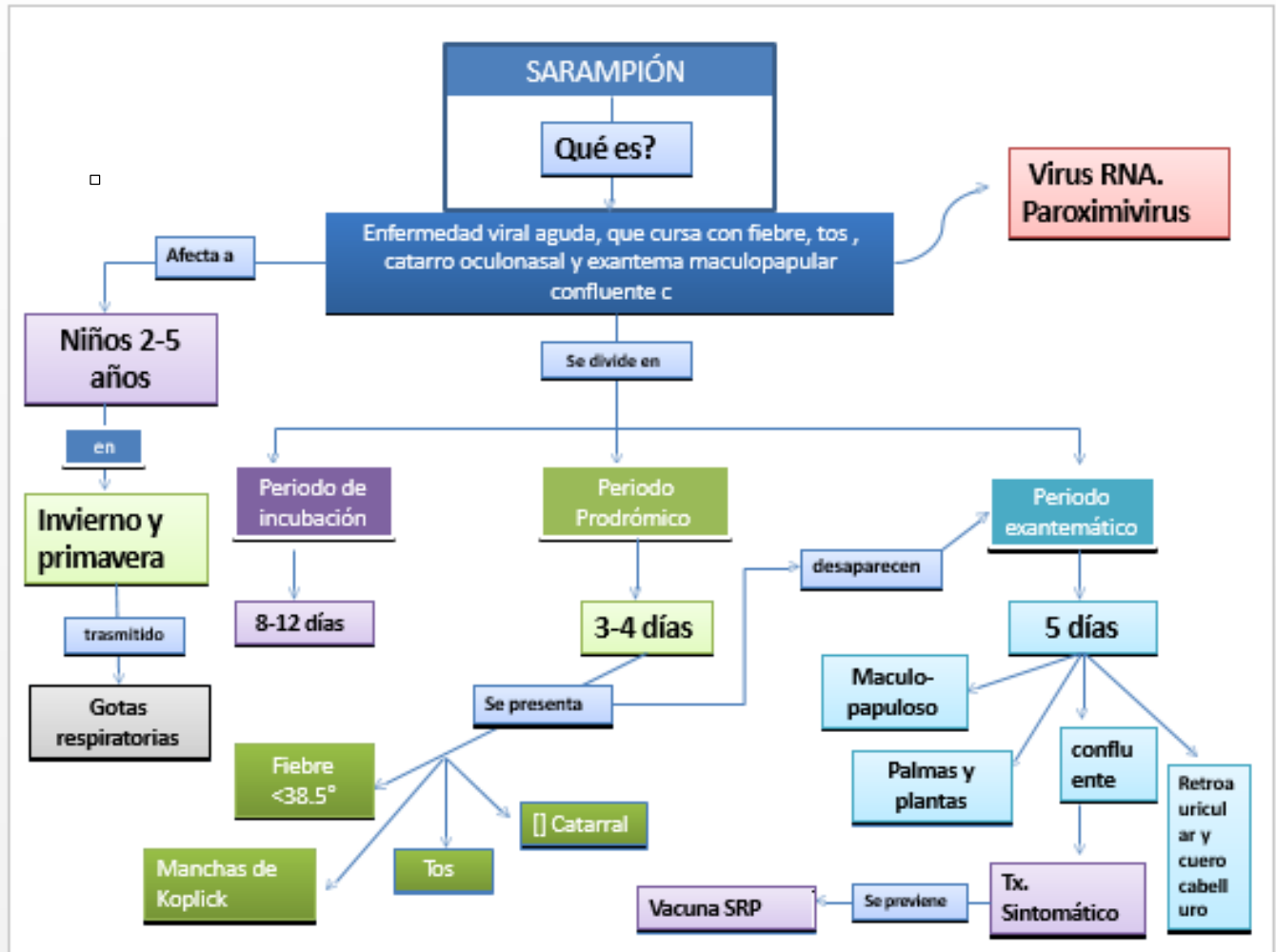
CARACTERISTICAS	SARAMPION	RUBEOLA	ESCARLATINA
COLOR	Rojizo-pardo	Rosado	Rojizo
DISTRIBUCION INICIAL	Orejas, cara cuello	Cara, cuello	Superficies de flexión, cuello, axilar, inguinal, popliteo, pliegues cutáneos (signo de Pastia)
PROGRESION	Cráneo-caudal en 3 días	Cráneo-caudal en 1-2 días	Generalizado en 1 día. Respeta triángulo peri-nasobucal (signo de Filatow)
LESIONES CONFLUYENTES	Cara, cuello, tórax	Raras	Generalizado en 1 día
RESOLUCION	5-6 días	3 días	Varios días
DESCAMACION	Moderada hiperpigmentación	Rara	Típica en manos y pies en grandes láminas y resto furfurácea
LESIONES ORALES	Manchas de Koplick	Signo de Forchheimer (petequias en paladar blando, en el 20% de los casos)	Lengua aframbuesada

Mientras el exantema del Sarampión y de la Rubéola es maculo-papuloso, morbiliforme, el de la Escarlatina en el "papel de lija" o escarlatíniforme.

Tomada de Leach CT (2002), modificada por Delgado A.

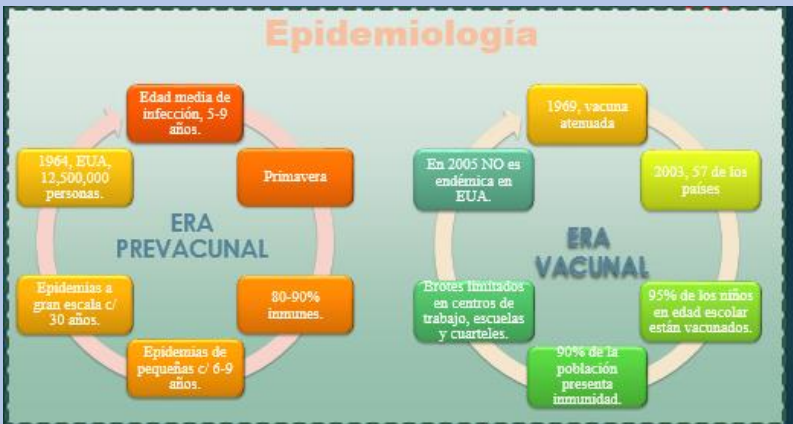
Tratamiento:

No hay tratamiento antiviral específico



Rubeola

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



Reactivamente inestable:

Se inactiva por: tripsina, solvente lipídicos, PH y temperatura extremos, formalina y luz ultravioleta.

- 10 días antes
- 15 días



EXANTE



Complicaciones

1/3 mujeres: artritis o artralgias

Aparece al mismo tiempo que el exantema

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

DIAGNÓSTICO FACTORES DE RIESGO

El interrogatorio debe ser exhaustivo respecto a los factores de riesgo, en los pacientes que se sospeche presentaron o presentan síntomas y signos que sugestivos de rubéola.

- Presencia de casos o brotes en familia, escuela, trabajo, vecindario, etc.
- Personas no vacunadas, sin documentación o con esquema de vacunación incompleto (sarampión, rubéola [esquema nacional de vacunación])
- Historia de enfermedad exantemática previa
- Contacto reciente (menos de 21 días) con otras personas (niños) enfermas
- Asistencia a guarderías, estancias infantiles o escuelas
- Historia de internamiento hospitalario durante un brote
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida
- Ingesta de medicamentos inmunosupresores (predisponen a gravedad, aparición de complicaciones o reinfección)
- Desnutrición grave (influye en su gravedad o aparición de complicaciones)
- Todo el personal médico y paramédico que no se haya enfermado y que no esté vacunado, corre el riesgo de contraer la enfermedad.



Diagnostico

Serología: eliza, IgG

Pruebas para IgM anti-rubeola

Tratamiento

Sintomático

Administración de gammas- globulina

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

Diarreas

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

Epidemiología

2.5 millones de muerte/ año

1700 millones de casos de diarrea en < 5 años

Tasa de incidencia más alta 6-11 meses

Fisiopatogenia

Inflamatorio:

- Se relaciona con invasión o ulcera de la mucosa intestinal

Osmótico:

- presencia de solutos no absorbibles
- Disminuye con el ayuno

Malabsortivo:

Puede deberse a mecanismos osmóticos o secretores o bien enfermedades que disminuyen la superficie intestinal

Secretora

- Causada por sustancia (toxinas) que incrementan de CL⁻ y agua hacia el lumen

Etiología

- Virus (70-80%)
- Bacterias (10-20%)
- Parasito (<10%)

Rotavirus

Se estima que el 40% de las diarreas que requiere hospitalización se deben a este virus.

Incubación 1-3 días

Clínica:

Vomito antes de la diarrea, fiebre, heces no fétidas, moco

Alimentos

Alimentos contaminados y juguetes, superficiales

Norovirus

Incubación 12-48 hrs

Curso natural: 1- 3 días

Alimentos: mariscos y alimentos contaminados, hoteles, cruceros

Clínica: diarrea líquida, náuseas, vómito, cólicos, fiebre, ataque al estado general

Bacterias

Shigella

Incubación: 2-4 días

Clínica: disentería con varias evacuaciones (5-30/día) pujo y tenesmo

Curso natural: 2- 15 días

Salmonella

Incubación 8-24 hrs.

Curso natural: 3-10 días

Clínica: vomito >diarrea; moco con o sin sangre

Alimentos: huevos, aves de corral, leche y sus derivados, frutas y verduras contaminados

E. coli

Enteropatógena: diarrea infantil

Enterotoxigénica: diarrea acuosa

Enteroinvasiva: disentería

Enterohemorrágica: colitis hemorrágica y síndrome hemolítico

Parásitos

Guardia lambía:

Incubación: 3-45 días

Clínica: esteatorrea, no moco, no sangre, fétida y acompañada de flatulencia

Curso: 7-10 días

Entamoeba histolytica

Incubación: 2-4 semanas

Clínica: diarrea con moco y sangre, dolor abdominal

Curso natural: 10 días

TIPO DE DIARREA

FACTOR	NO INVASIVA (NO INFLAMATORIA)	INVASIVA (INFLAMATORIA O DISENTERICA)
Etiología	Usualmente viral	Generalmente invasiva
Patofisiología	Secreción intestinal sin disrupción de la mucosa intestinal	Disrupción de la integridad de la mucosa, invasión del tejido
HC y EF	Náusea, vómito, dolor abdominal ligero, evacuaciones voluminosas, no sanguinolentas, líquidas	Fiebre, dolor abdominal, tenesmo, poco volumen de evacuaciones, sanguinolentas
Patógenos	Rotavirus, norovirus, ECET, B. cereus, S. aureus	Salmonella (no Typhi), Shigella, Campylobacter, ECTS, ECEI, E.hystolítica, Yersinia



SAMUEL BRA...



Estudios complementarios

Hemograma

Química sanguínea

Gasometría

Coprocultivo

Sangre oculta en heces

REHIDRATACIÓN: PILAR FUNDAMENTAL DEL MANEJO



TRATAMIENTO

