

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

CATEDRÁTICO:

DR. DIEGO ROLANDO MARTÍNEZ GUILLÉN

PRESENTA:

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

TRABAJO:

ENSAYO

GRADO Y GRUPO:

7 ° B

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 13 DE OCTUBRE DEL 2022

SARAMPIÓN

Es una enfermedad aguda, altamente contagiosa, que cursa con fiebre, tos, catarro oculonasal y exantema maculopapular confluyente característico. Tendrá una etiología dirigida a RNA, de una familia de paramixovirus y por algunos factores como el calor, pH y/o solventes.

Su **epidemiología** muestra que es altamente contagioso con brotes cada 2 a 3 años, se da más frecuente en épocas de invierno-primavera, se transmite por gotitas respiratorias y es más frecuente en menores de 5 años.

Sus manifestaciones clínicas van a constar de tres períodos: El primer estadio da un período de incubación de 10 o 12 días.

Su cuadro clínico describe la presencia de una viremia, virus en las vías respiratorias y orina, síntomas en las vías respiratorias, TCR y F, manchas de koplik, exantema, encefalitis posinfecciosa, se menciona también que puede haber una aparición de anticuerpos específicos ante el virus.

En su **fase podrómica** puede haber una presencia de una fiebre elevada, tos seca. Conjuntivitis, cefalea, artralgias, enantema, las manchas de koplik se caracteriza por ser de color blanco, con halo eritematoso, persisten desde 1-3 días antes hasta 3 después del exantema.

La **fase exantémica** se presentará como máculas tenues, con lesiones maculopapulosas y será confluyente. En el lapso posterior de 24 horas se extenderá la espalda, abdomen, cubriendo en su totalidad en los brazos y músculos, **no respetará palmas y plantas de los pies en un 50 %**.

Para el cuadro clínico, dice que además habrá un aumento brusco de la temperatura ($>40\text{ }^{\circ}\text{C}$) que desaparecerá después de esta fase.

Pasa su **diagnóstico** será con la presentación clínica y epidemiológica, se confirmará con la analítica: leucopenia con linfocitopenia/neutropenia es frecuente. En la **fase podrómica** mostrará células gigantes multinucleadas, los anticuerpos se detectan cuando aparece el exantema. El IgM en 72 horas, en los sueros de la fase aguda y la convalecencia elevación cuádruple del título de anticuerpos va a diagnosticar a IgG.

Para el **tratamiento**, al no haber un tratamiento antiviral específico va a tener un **tratamiento de soporte**: Aislamiento, antipiréticos (paracetamol e ibuprofeno), reposo en la cama, ingesta adecuada de líquidos, humidificación del ambiente para controlar la laringitis o cuando la tos sea irritativa y durante la fotofobia. También se recomienda la **vitamina A** para la hiperretinemia y para reducir la

morbilidad y mortalidad en niños con sarampión grave. La dosis será de 100,00 UI VO de dosis única en niños de 6 meses a un año de edad. 200,000 UI VO de dosis única en niños mayores de 1 año.

La **prevención**, será por medio de la aplicación de la vacuna triple viral a los 12 meses y con una segunda dosis entre los 4 y 6 años. O antes de la adolescencia (11 a 13 años).

VARICELA

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa que se caracteriza por fiebre y la aparición de erupciones en la piel, causada por un virus de la familia herpesvirus del género varicellovirus y la subfamilia alphaherpesvirinae. Su único reservorio va a ser el hombre. El virus tiene un ADN de doble cadena con una cápside icosaédrica.

La **epidemiología** da a conocer que se da en cualquier época del año, aunque es más frecuente en el invierno y en la primavera. Su transmisión será 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. Su **período de incubación** constará de una aparición de 2 a 3 semanas, son contagiosos aproximadamente desde 2 días antes de la erupción, También se puede contraer la varicela a partir de las lesiones de una persona con herpes zoster. Cuando hay un enfermo en la casa el 80 – 90 % de las personas susceptibles que viven allí acaban contrayendo la enfermedad. Un 10 a 20 % de la población presentará en su vida la enfermedad. Suele curarse o desaparecer en un rango de 7-10 días y genera inmunidad permanente, hay casos en los que se pierde la inmunidad y se producen segundos episodios de varicela. Y en algunas personas después de muchos años el virus se reactiva y aparece el herpes zoster o culebrilla.

El **medio de transmisión** será dada por la inhalación de gotitas respiratorias en el aire, la tos y en los líquidos de las ampollas, por contacto directo con las vesículas y la persona se puede hacer contagiosa de 1 o 2 días antes de que aparecen las ampollas y continúa siendo contagiosa hasta formar una costra.

La **clínica** (en el período prodromico) habrá fiebre, cefalea, malestar general, pérdida de apetito o vómitos y erupción en la piel que se convierte en vesículas llenas de líquidos. Habrá ampollas, dolor de cabeza, anorexia, también una sensación de escozor.

El **diagnóstico** se da por la observación de erupciones y haciendo preguntas sobre la historia clínica del paciente, por cultivo, por inmunofluorescencia; usando la u₂inmunoglobulina m IgM en sangre.

El **tratamiento** consistirá en mantener al paciente en reposo y comiendo, mantener las uñas cortadas, evitar usar ropa áspera, como la de lana, evitar la exposición prolongada al calor excesivo, Se puede indicar paracetamol, las personas que están en riesgo de tener síntomas más graves se pueden sentir más aliviados si les indican **Aciclovir**. Es importante **no** medicar ácido acetilsalicílico como el ibuprofeno y aspirina.

El **herpes zoster** va a iniciar con un dolor intenso, un ardor y prurito en el área de la piel inervada por nervios y ganglios sensitivos, luego aparecerá un racimo de vesículas sobre la piel afectada y la erupción va a ser unilateral. Esto va a afectar en la cabeza, tronco y cello.

La patogenia del virus de varicela dice que durante la fase virémica, el virus migra hacia los ganglios nerviosos asociados (área con mayor carga viral) y permanece latente por años. Su **cuadro clínico** va a manifestar febrícula, malestar, fiebre de 37.8 a 39.4 °C de 3 a 5 días de duración. Las lesiones aparecerán en el tronco y en la cara, posteriormente alcanzará otras zonas del cuerpo.

Las **complicaciones** que puede presentar posterior a la varicela son: neumonía por varicela, cianosis, dolor en el pecho tipo pleurítico, hemoptisis, miocarditis, nefritis, distesis hemorrágica y/o hepatitis.

El **diagnóstico** será con citodiagnóstico o prueba de Tzanck, con cultivo viral de la lesión de la piel, o por inmunoelectroforesis e inmunofluorescencia.

La **varicela perinatal** será asociada 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.

RUBÉOLA

Definición:

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

Según la Organización Mundial de la Salud, “Es una infección vírica contagiosa, por lo general leve, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes”.

Taxonomía:

Virus de la rubéola:

- Grupo: IV (Virus ARN monocatenario +)
- Familia: togaviridae
- Género: Rubivirus (Es un único miembro)

La nucleocápside icosaédrica medirá un aproximado de 30 nm que estará compuesta por una hélice de proteína y ARN. Las proteínas que la compondrán serán las proteínas E1 y E2, y la proteína C.

Patogenia: Las personas con casos subclínicos presentarán “flugge”, en 10 días antes y 15 días después presentará exantemas.

Inmunidad: La inmunidad celular concistirá en linfocitos T CD4+ y CD8+, posteriormente sigue la inmunidad específica la cual ocurre 14 años tras la inmunización, las reinfecciones se previene por inmunidad natural y por vacuna, puede ser asintomáticas, detectables mediante métodos serológicos.

La rubéola posnatal presentará adenopatías y exantemas en un período de 3-5 días, comenzará en la cara, luego se extenderá al cuerpo, la apariencia será maculopapuloso no confluyente y puede ser descamativo.

Complicaciones de la rubéola posnatal:

1/3 de las mujeres presentará artritis o artralgiás al mismo tiempo que el exantema, tardará semanas en desaparecer, estas se presentarán en dedos, muñecas y rodillas. En adultos puede haber encefalitis y en niños puede haber manifestaciones hemorrágicas como trombocitopenia y daño vascular, sangrado en áreas vitales y/o púrpura trombocitopenia.

Las manifestaciones más comunes del **síndrome de rubéola congénita** serán: Sordera, catarata o glaucoma y cardiopatía congénita.

Diagnóstico: Será mediante serología (ELISA, aglutinación con látex, prueba de hemólisis radial, Medir títulos de IgG o IgM) IgG específica en suero y las pruebas positivas para IgM anti-rubéola.

Otras pruebas de diagnóstico pueden ser el “aislamiento en líquido amniótico”, “Biopsia placentaria a las 12 semana”, “Demostración de antígeno de rubéola mediante anticuerpos monoclonales”, “Cordocentesis” y/o “Detección de ARN mediante hibridación in situ y PCR”.

El diagnóstico diferencial puede ser con sarampión o escarlatina.

En cuanto a su tratamiento puede ser de forma sintomática o con la administración de la **Gamma-globulina (Ig)**. La enfermedad se puede prevenir con ayuda de la vacuna **triple viral**: (0.5 ml) subcutánea, en el brazo izquierdo. La primera dosis se aplica a los 12 meses, la segunda dosis en a los 6 años. La **segunda viral**: (0.5) es subcutánea, en el brazo izquierdo y se aplica a partir de los 10 años en dosis única.

ESCARLATINA

Su **etiología** va a ser dada por su agente causal **Estreptococo B-hemolítico del grupo A**. Este va a poseer una proteína antigénica M. Produce la toxina eritrogénica A, B y C (pirógena, produce exantema, daña macrófagos, mitógena para los linfocitos).

Su **epidemiología** va a ser distribuida generalmente en cualquier clima. Como único reservorio será el humano. Este tiene un período de transmisibilidad en los casos no tratados de origen respiratorio de 10 a 21 días. En los tratados será de 48 horas.

El **cuadro clínico**, cuenta con una incubación de 2 a 4 días. El inicio va a ser repentino con fiebre, vómito, odinofagia y escalofrío. En las 24 a 48 horas aparecerá la triada (exantema, enantema y fiebre). La **fiebre** tendrá un inicio súbito de 39.5 a 40°C, se normaliza al 5° o 6° día. Con un tratamiento se normaliza a las 24 horas. El **enantema** aparecerá con la fiebre, con exudado membranoso en amígdalas y lesiones petequiales en pilares y paladar blando. La lengua será en fresa blanca (los primeros 2 días), la transición tendrá un desprendimiento de saburra (2° a 4° día), la lengua en fresa roja con desprendimiento de saburra (en el 5° a 6° día). El **exantema** aparecerá en las primeras 24 horas del cuadro. Será de tipo maculopapular de aspecto punteado que dará la apariencia áspera, se generaliza en 24 horas y desaparece a la presión. En la cara respetará las áreas perinasales y peribucales (con palidez peribucal). Será intenso con signos de Pastia, tendrá una descamación de 3 a 8 semanas del inicio en cara hasta en colgajos en palmas y plantas. También habrá un dolor abdominal y adenomegalias cervicales.

El **diagnóstico** se dará con datos clínicos, con BH, aislamiento de exudado faríngeo o piel, pruebas serológicas como la estreptomina o antiestreptolisinas O.

El **tratamiento** será mediante medidas generales y con la aplicación de la penicilina benzatínica de 20,000 a 50,000 UI/kg. En dosis única.

DIARREAS

Según la OMS, va a ser la deposición de tres o más veces al día (con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

Su **etiología** va a depender del entorno del cual se hable, de las condiciones del paciente y del estado de nutrición, algunos agentes desencadenantes pueden ser parásitos (< 10 %), bacterias (10-20 %), o por virus (70-80 %).

Los **rotavirus** Son generalmente estables, pueden mantenerse infectantes durante siete meses en las heces. El 40 % de las diarreas que requieren hospitalización se deben a este virus. La **incubación** será de 1-3 días, la **clínica** se caracteriza por la presencia de vómitos antes de la diarrea, fiebre, heces no fétidas y moco (50 %), cursará de 4-7 días y lo podemos encontrar en alimentos contaminados o juguetes y/o superficies.

Los **norovirus** será la primera causa más importante de gastroenteritis, su **incubación** es de 12-48 horas, su **clínica** se caracteriza por la presencia de diarrea líquida, náuseas vómito, cólicos, febrícula, y ataque al estado general. Lo podemos encontrar en mariscos y alimentos contaminados.

Otros virus que provocarán diarrea son el parvovirus, coronavirus, calicivirus, o pararrotavirus.

Las bacterias que pueden causar diarreas las podemos clasificar según en la región en que se encuentren; en el íleon distal y colon: salmonella, campylobacter, ECEI, yersenia enterocólica. En el intestino delgado: Vibrio cholerae, ECET, guardia lamblia, cryptosporidium. Y en el colon: shigella y entamoeba histolítica.

Otras bacterias causales pueden ser: Bacillus cereus, citrobacter sakasaki, listeria monocytogenes y klebsiella oxytoca.

Entre los desencadenantes parasitarios encontramos a Giardia lamblia, entamoeba histolytica, cryptosporidium, isospora belli (cystoisospora) y cylospora.

El **diagnóstico** se hace con lo **clínico** y los **estudios de laboratorios serológicos**. La **historia clínica** (Buscar el inicio, la frecuencia, cantidad y características de deposiciones y vómito, la ingesta oral, diuresis, peso previo, síntomas asociados, patologías subyacentes, fármacos, inmunosupresión y ambiente epidémico), también se diagnostica con la **exploración física** (Con determinación del peso corporal, temperatura, FC, FR, TA, el estado general: apatía, letargia, Estado de hidratación: lágrimas, mucosas, fontanela, ojos y llenado capilar).

En los **estudios complementarios** podemos encontrar la analítica de sangre, hemograma, QS, gasometría, coprocultivo, la **citología moco fecal** permite diferenciar la etiología de una infección viral o bacteriana, coproparasitoscópico, sangre oculta en heces, Film-Array (panel viral en heces).

En cuanto a la **alimentación**, se debe continuar con seno materno, niños mayores deben continuar con alimentación habitual, pero en menor cantidad y mayor frecuencia. Los niños que se alimentan con fórmula, no cambio de disoluciones, tampoco debe haber soluciones, ni de hidratación para deportistas. La **hidratación oral** es importante para el tratamiento, se recomienda tener suero oral en casa, iniciar el tratamiento en casa desde que se detecte el cuadro, no con biberón, usar taza y cuchara, las soluciones de agua de arroz deben ser de 50 g/L de agua.

El **tratamiento** consiste en el uso de **antimicrobianos** en diarrea agua: No es para todos y se debe recordar que es un proceso autolimitado, pero se debe considerar lo siguiente: en < 1 año, inmunocomprometidos, embarazadas y ancianos, en sanos se debe considerar los datos de bacteremia (choque séptico), considerar también a aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal, las formas moderadas y graves de *C. difficile*.

El **tratamiento farmacológico** es azitromicina o ceftriaxona (en shigella y campylobacter), metronidazol (en *E. Coli* enterotoxigénica), ceftriaxona/ciprofloxacino (en *Y. enterocolítica* + *Coli* enterohemorrágica), ceftriaxona (en salmonella no typhi), metronidazol/furazolidona (en *G. lamblia*), TMP-SMZ (en cyclospora) y de sostén (para rotavirus.)

Los **antidiarréicos** son LOPERAMIDA (nunca en menores de 5 años, de 0.03 mg/kg/dosis), RACECADROTILO (es de efecto antisecretor intestinal selectivo, los sobres son de 10 y 30 mg, de 1.5 mg/kg/dosis VO c/6-8 horas por 3-5 días) y ESPECTITA.

Los **probióticos** son *Lactobacillus GG* y *Sacharomyces boulardii*.

La **prevención** consistirá en el consumo de agua potable, higiene en manos, uso de Zink de 20 mg/día por 10 días; la disminución en el riesgo de deshidratación y severidad de la diarrea es de 20-40 %.

Las **vacunas** son: RV5 (RotaTeq) son 5 etapas de rotavirus desarrollados de humanos y bovinos, La RV I (Rotarix) es una cepa de virus atenuados humanos (tipo CIPA [8]). Y Orales.

Las **recomendaciones** dicen que se debe considerar la edad máxima de aplicación: edad máxima para la primera dosis de 14 a 15 semanas (3 meses 15 días), con un intervalo mínimo entre dosis de 4 semanas y no aplicar a mayores de 7 meses, 15 días la última dosis.