

EXPOSICIÓN.

Nombre del Alumno: **HERNÁNDEZ URBINA ANTONIO RAMÓN.**

Nombre del tema: **SINDROME COQUELUCHOIDE, CÓLERA, NEUMONIA, INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD.**

Parcial: **SEGUNDO.**

Nombre de la Materia: **ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

Nombre del profesor: **DRA. MARTÍNEZ LÓPEZ KATIA PAOLA.**

Nombre de la Licenciatura: **MEDICINA HUMANA.**

Cuatrimestre: **SEXTO.**

Lugar y Fecha: **San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. A del 2022.**

SINDROME COQUELUCHOIDE.

El síndrome coqueluchoide (parecido clínicamente a la tos ferina), es un cuadro clínico con diferentes etiologías infecciosas o no infecciosas o la combinación de varias causas con una expresión clínica de tos paroxística o quintosa seguida por estridor inspiratorio o gallo y expulsión de flemas o contenido gástrico que no siempre está presente.

El síndrome coqueluchoide y la tos ferina son particularmente frecuentes y graves en niños menores de 6 meses y en el caso de la tos ferina, la situación epidemiológica prevalente apunta más a problemas de inmunización que a resistencia a los antibióticos (macrólidos) para su tratamiento específico.

Es una enfermedad con morbilidad y mortalidad significativa, especialmente en el niño menor de un año.

INFECCIOSAS:

- *Bordetella parapertussis.*
- *Bordetella bronchiseptica.*
- *Mycoplasma pneumoniae.*
 - *Chlamydófilas.*
 - Rinovirus.
 - Bocavirus.
 - Metaneumovirus.
 - Adenovirus.
- Virus sincitial respiratorio (VSR).
 - Virus parainfluenza 1, 3, 4.
 - Virus influenza.
 - *Bramanhella catarralis.*
 - *Cándida albicans.*

NO INFECCIOSAS:

- Reflujo gastroesofágico.
 - Asma bronquial.
- Aspiración de cuerpos extraños.
- Aspiración de sustancias tóxicas.
 - Fibrosis quística, adenopatías.
- Compresiones externas o internas
 - Hiperreactividad bronquial.

EPIDEMIOLOGÍA:

Según la OMS existen 600 mil muertes por año.

El ser humano es el único huésped conocido.

Es endémica.

Es extremadamente contagiosa, con tasas de morbilidad próximas a 100% en individuos susceptibles expuestos a microgotas de aerosol a corta distancia.

FISIOPATOLOGÍA:

Tiene un periodo de incubación de 5-14 días, contagiosidad a partir del periodo catarral hasta la tercera semana después del primer acceso.

El proceso infeccioso se desarrolla en el epitelio ciliado de tráquea, bronquios y bronquiolos.

La mucosa del aparato respiratorio de nasofaringe presenta congestión e infiltración de leucocitos y PMN con moco pegajoso.

PERIODO PREPATOGENICO:

AGENTE: Bordetella Pertussis 91%.

HUÉSPED: cualquier edad, mas frecuente en menores de 1 año.

AMBIENTE: poblaciones con malas condiciones de higiene y hacinamiento.

ETAPA CLINICA:

PERIDO CATARRAL:

Insidioso, con síntomas de infección de vías respiratorias altas, los 10 días siguientes la tos es mas intensa hasta que se presenta los paroxismos.



Coriza.
Lagrimeo.
Estornudos.
Febrícula.



PERIODO DE CONVALECENCIA:

Numero e intensidad de paroxismos disminuyen.
Persiste la tos 2-3 semanas mas.

PERIODO PAROXISTICO:

Al final de la segunda semana la tos se acentúa, se vuelve paroxística, con 5-10 golpes de tos rápidos, seguidos de inspiración súbita y aguda que se recuerda al canto de un gallo.
Puede acompañarse de vómitos, cianosis, o crisis convulsivas.
Alrededor de 3 semanas.

COMPLICACIONES:



- Neumonía en un 90% principalmente en lactantes menores.
- La tos ferina puede desencadenar una tuberculosis latente.
- Otitis media frecuente en lactantes.
- Bronquiectasia por falta de resolución de la neumonía.
- Convulsiones es la complicación mas grave.
- Encefalopatías.

- **PROTECCION ESPECIFICA: VACUNACION.**

- Toxoide triple DPT.
- No protege contra el Sx. Coqueluchoide causado por B. Parapertussis, B. Bronchiseptica y H. Influezae.
 - Aplicar en población de entre 2 meses y 5 años.
 - IM en muslo o región deltoidea.
 - 3 dosis de 0.5 ml con intervalo de 8 semanas cada una.
- Al año de la ultima se aplica refuerzo con la misma dosis.
 - Tres años después una dosis mas.
 - Cercano a los 13 años una ultima dosis.

DIAGNOSTICO PRECOZ:

- Clínico hasta la segunda semana.
- Aislamiento del agente de nasofaringe cultivándolo en medio Bordet-Gengou.
- La medición de Ac IgM, IgA o IgG es actualmente el mas rápido y certero para el Dx.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

- El Tx antibiótico solo es eficaz en periodo catarral.
 - Ampicilina 100-200 mg/kg/día 4 dosis VO.
 - Eritromicina 50 mg/kg/día 4 dosis VO.
 - Azitromicina 10-15 mg/kg/día de 3-10 días.
 - Fenobarbital 7 mg/kg/día 3-4 dosis.