



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Meningoencefalitis bacteriana, meningoencefalitis y encefalitis viral, Tétanos, poliomielitis y síndrome de Guillain Barré

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: Enfermedades Infecciosas

Nombre del profesor: DR. Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

6° Semestre

INTRODUCCION

La meningoencefalitis es definida como la inflamación de las meninges y el encéfalo. Dentro de las causas de la meningoencefalitis purulenta la más frecuente es la bacteriana. La etiología varía dependiendo del grupo de edad, en menores de 2 meses el más común es Streptococcus del grupo b, después de esta edad el más frecuente es el S. pneumoniae.

La invasión del SNC está relacionada a una disrupción en los mecanismos de defensa del huésped más que a la virulencia del virus infectante. La encefalitis es una complicación inusual de las infecciones virales sistémicas comunes como por ejemplo herpes virus simple (HVS) y enterovirus. La mayoría de las infecciones virales causan tanto involucro meníngeo denominado meningitis aséptica o un síndrome clínico leve de meningoencefalitis más bien que una forma alarmante de encefalitis.

El tétanos es completamente prevenible con una vacuna antitetánica activa, la cual se piensa que brinda protección por 10 años. La vacuna Td o Tdap se utiliza para mantener la inmunidad en aquellas personas de 11 años en adelante. La vacuna Tdap se debe aplicar una vez antes de la edad de 65 años, como un sustituto para la Td, para aquellos que no han recibido la Tdap. Los refuerzos de Td se recomiendan cada 10 años comenzando a la edad de 19 años.

En el sentido estricto la poliomielitis proviene del griego polios que significa gris y myelos que significa medula e itis es e inflamacion. El polio es una enfermedad infecciosas caracterizada por la aparacion de una parálisis flácidas, aguda, asimétrica, en ocasiones mortal, de la que puede o no hbaer recuperación y que está producida por los virus de la polio cuando se replican y destruyen las motoneuronas de las astas anteriores medulares y/o bulbares.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) se caracteriza por debilidad muscular simétrica rápidamente progresiva y generalmente ascendente, acompañada de disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos. El proceso inflamatorio puede afectara la mielinao alaxón. Existen 4 formas clínicas de SGB: 1) polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, 2) neuropatía axonal motora aguda, 3) neuropatía axonal sensitiva y motora aguda, y 4) lavariante Miller-Fisher, que se caracteriza por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia ,con escasa debilidad muscular.

POLIOMIELITIS

En sentido estricto la poliomielitis (del griego POLIOS gris mielos de medula)

¿Cuales son las fuentes de infección del virus?

La enfermedad se transmite por contacto con las secreciones respiratorias y las heces de los individuos infectados, de forma esporádica por el contacto con objetos contaminados y aguas residuales

SINTOMAS

Los síntomas de la enfermedad menor coinciden con la primera viremia. Son inespecíficos: fiebre, vómitos, diarrea, cefalea y malestar. En la mayoría de los casos la enfermedad se para en este momento. Se llama «poliomielitis abortiva»

VACUNA DE POLIOMIELITIS

La inmunogenicidad discreta de la vacuna inactivada, junto a la aparición de casos de PAV con la vacuna atenuada, condicionaron la necesidad de conseguir una vacuna de poliomielitis inactivada más inmunogénica y más segura.

REACCIONES ADVERSAS DE LAS VACUNAS

Puede producir: diarrea, erupción cutánea, fiebre y síndrome de Guillain-Barré

TETANOS

DEFINICION

Es una infección del sistema nervioso con las bacterias potencialmente mortales



CAUSAS

Las esporas de la bacteria Clostridium tetani viven en el suelo y se encuentran en todo el mundo. En su forma de espora, la C. tetani puede permanecer inactiva en el suelo, pero puede seguir siendo infecciosa por más de 40 años.



La infección comienza cuando las esporas penetran en el organismo a través de una lesión o una herida. Las esporas liberan bacterias activas que se diseminan y producen un tóxico llamado tetanospasmina, el cual bloquea las señales nerviosas de la médula espinal a los músculos, causando espasmos musculares intensos. Pueden ser tan fuertes que desgarran los músculos o causan fracturas de la columna. El tiempo entre infección y el primer signo de síntomas normalmente es de 7 a 21 días. La mayoría de los casos de tétanos en los Estados Unidos ocurre en aquellas personas que no han sido vacunadas de manera apropiada contra la enfermedad.



SINTOMAS

- Babeo
- Sudoración excesiva
- Fiebre
- Espasmos de la mano o del pie
- Irritabilidad
- Dificultad para deglutir
- Micción o defecación incontrolables



TRATAMIENTO

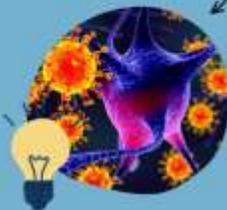
El tratamiento puede abarcar: Puede ser necesario utilizar soporte respiratorio con oxígeno, un tubo de respiración y un respirador. Antibióticos, incluyendo penicilina, clíndamicina, eritromicina o metronidazol. Reposo en cama en un ambiente calmado. Medicamentos para neutralizar el tóxico. Relajantes musculares. Sedantes. Cirugía para limpiar la herida y eliminar la fuente del tóxico.



MENINGOENCEFALITIS VIRAL Y ENCEFALITIS

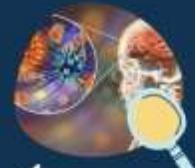
DEFINICION

La encefalitis es simplemente la inflamación del cerebro, la meningoencefalitis es la inflamación del cerebro y las meninges.



ETIOLOGIAS

Dentro de los más frecuentes tenemos: Adenovirus, enterovirus (poliovirus, echovirus, coxsackievirus A y B; de los echovirus más frecuentes reportados en la literatura sajona están el 11, 9, 30, 4, 6, 3, 7, 5 y 21, y de los coxsackie, el B5, B2, B4, B3 y B1) [los enterovirus en conjunto suman más de 100 serotipos], herpes virus (varicela-zoster, herpes simple 1, 2 y 6, Epstein-Barr virus, citomegalovirus), virus de la rabia, sarampión, parotiditis, rubéola, HIV-1



CUADRO CLINICO

Los hallazgos clínicos comunes en la mayoría de las encefalitis incluyen: cefalea, alteración en el estado de conciencia, desorientación, trastornos en conducta y lenguaje. En una infección por enterovirus el inicio puede ser gradual o abrupto, predominando fiebre, cefalea y malestar general. Estos patógenos producen diferentes síndromes clínicos, incluyendo gastroenteritis, infecciones respiratorias, conjuntivitis, procesos exantemáticos, miopatías, miocarditis, pericarditis, hepatitis y afección neurológica



DIAGNOSTICO

El examen del LCR es esencial para confirmar el diagnóstico. La celularidad habitualmente está elevada o puede ser normal (10-1.000 leucocitos/mm³), es común encontrar predominio de mononucleares, sin embargo en el curso inicial de la enfermedad pueden predominar los polimorfonucleares con viraje a predominio de linfocitos en 12 h, las proteínas están elevadas (0.5-1.0 g/L), la glucosa es normal o discretamente reducida con una relación glucosa LCR/glucosa sérica de < 0.6.



TRATAMIENTO

El empleo de analgesia, uso de antipiréticos, mantener un buen estado de hidratación, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, apoyo nutricional, control de crisis convulsivas con medicamentos tales como fenitoina, benzodiacepinas o barbitúricos, monitoreo de la presión intracraneana y vigilancia del estado de coma entre otras medidas.



MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

DEFINICION

La meningoccefalitis es definida como la inflamación de las meninges y el encéfalo



ETIOLOGIAS

(*Escherichia coli*, *Klebsiella* sp, *Proteus* sp, *Morganella morganii*, *Salmonella* sp), *Streptococcus* del grupo B (SGB), *Listeria monocytogenes*, *Enterococcus* sp, *Staphylococcus coagulasa negativa* y con menor frecuencia *Pseudomonas aeruginosa* y anaerobios



CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la meningitis puede agruparse en cuatro síndromes: 1) infeccioso, 2) de hipertensión endocraneana, 3) de irritación meníngea y 4) de daño neuronal, los cuales se pueden acompañar de afección a otros aparatos y sistemas. El primero se manifiesta por fiebre, hipotermia, anorexia y ataque al estado general; el segundo por vómitos, cefalea, irritabilidad, abombamiento de fontanela y alteraciones en el estado de alerta; el tercero por rigidez de nuca y signos de Kernig y Brudzinsky y el cuarto por alteraciones en estado de conciencia, crisis convulsivas y en algunos pacientes por datos de focalización.



TRATAMIENTO



Grupo de edad	Agente etiológico	Administración de antibiotico	Dosis/dosis	Duración
Nueve meses	<i>Escherichia coli</i>	Meropenem	300 mg/kg/día	21 días
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina	40 mg/kg/día	21 días
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	21 días
1-12 meses	<i>Escherichia coli</i>	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	21 días
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina	40 mg/kg/día	21 días
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	21 días
	<i>Listeria monocytogenes</i>	Amoxicilina	40 mg/kg/día	21 días
1-18 años	<i>Escherichia coli</i>	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	21 días
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina	40 mg/kg/día	21 días
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	21 días

Enfermedades Infecciosas y Microbiología - Meningoencefalitis bacteriana - Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC
★★★★★



BIBLIOGRAFIA

- Meningoencefalitis bacteriana FORTINO SOLÓRZANO SANTOS,* MARÍA GUADALUPE MIRANDA NOVALES,** RITA D DÍAZ RAMOS ENFERMEDADES INFECCIOSAS - ENF INFECC Y MICRO 2002
- Meningoencefalitis viral. Enfoque clínico (Viral encephalitis. Clinical approach) José de Jesús Coria Lorenzo,* Maricruz Juárez Escobar,* Víctor Hugo Velazco Álvarez – Revista de pediatría – 2001
- TETANOS – dirección general adjunta de sanidad naval – secretaria de marina de México
- Lapolio, el largo camino hacia el final de la partida José Elías García-Sánchez*, Enrique García-Sánchez, Enrique García-Merino y María José Fresnado-Martínez -
Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España
Departamento de Sanidad, IES Martínez Uribarri, Salamanca, Salamanca, España
- SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y OTRAS NEUROPATÍAS AUTOINMUNES: TRATAMIENTO ACTUAL JESICA EXPÓSITO, LAURA CARRERA, DANIEL NATERA, GREGORIO NOLASCO, ANDRÉS NASCIMENTO, CARLOS ORTEZ Unidad de Patología Neuromuscular, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España - MEDICINA (Buenos Aires) 2022

CONCLUSION

Se pudo identificar enfermedades pulmonares, como en la bronquitis, la bronquitis es la inflamación de la mucosa bronquial que tiene la característica de presentarse tos con expectoración purulenta de carácter verde amarillento y las diferencias de la aguda y la crónica es el tiempo presente de la enfermedad en el paciente enfermo y las complicaciones así como el tratamiento, ya que en la bronquitis aguda es asintomática y se puede dar un antibiótico ambulatorio, en la bronquitis crónica es de carácter más estricto con respecto a los antibióticos.

En las neumonías se clasifica de acuerdo al sitio de contagio, tiempo y agente causal. En el sitio de contagio se clasifica en neumonía adquirida en la comunidad e intrahospitalario, por tiempo se refiere a neumonía aguda y crónica y por el agente causal es por virus, bacteria, parásito u hongos.

La Tuberculosis causada principalmente por *Mycoplasma Tuberculosis* puede afectar cualquier sistema del cuerpo, el más conocido es la tuberculosis pulmonar pero cuando se disemina hacia otras partes del cuerpo humano se le conocerá como tuberculosis miliar y la forma en que lo hace es a través del torrente sanguíneo.

BIBLIOGRAFIA

- BRONQUITIS AGUDA – Facultad de Medicina – Guías clínicas Respiratorias – Dra. Emiliana Noretto Larsen
- BRONQUITIS AGUDA – Guías Fisterra – Patricia S. Vázquez Millán
- Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA en el Paciente Adulto – Guía de Referencia Rápida – Gobierno Federal
- FISIOPATOLOGIA – Porth
- Clínica de la tuberculosis - AL. Golpe Gómez , FL. Lado Lado, A Cabarcos Ortiz de Barrón b, MJ. Ferreiro Regueiro
- Neumonia – HARRISON principio de la medicina interna – 20 edicion