



*Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar*

*Nombre del tema: Tabla de patologías*

*Nombre de la Materia: Fisiopatología*

*Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: 3°*

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	ETIOLOGIA	CLASIFICACIÓN	CLÍNICA	ASPECTOS IMPORTANTES FISIOPATOLOGICOS	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	TRATAMIENTOS	ASPECTOS RELEVANTES U OTROS NOMBRES
EPOC	<b>Obstrucción al flujo de aire, suele ser progresiva y se acompaña de respuestas inflamatorias a partículas nocivas o gases</b>	Por inflamación y fibrosis de la pared bronquial, hipertrofia de glándulas subcutáneas e hipersecreción de moco, pérdida de fibra pulmonares elástica y tejido alveolar.	Por Hiperinflación y por intercambio de gases	Tos y expectoración, esputo, jadeo, disnea de esfuerzo-de reposo, hipoxemia en reposo y sibilancia	<p>-Reducción de tasas de flujo espiratorio</p> <p>-Reducción crónica de proporción entre FEV Y FVC</p> <p>-Hiperinflación: existe atrapamiento de aire, aumenta vol. pulmonar y vías respiratorias se agrandan y hay resistencia en vías respiratorias</p> <p>-Intercambio de gases: Aumenta PaCo2, desproporción y perfusión- explica reducción- PaCo2</p>	<p>Datos físicos:en quienes fuman: tinción de uñas con nicotina; en más graves: hiperinflación (tórax en tonel), cianosis en labios, caquexia, pérdida de peso.</p> <p>Laboratorio: Espirometria forzada: FEV/FVC inferior a 0,7, aumento del FEV &gt; o igual a 200ml, GOLD, GOLD4, hemograma</p> <p>Imagen: Radiografía de torax, TC de torax,</p> <p>Pruebas de a1-antitripsina: valores bajos: genotipo</p>	<p>Broncodilatores- Beta-agonistas, salbutamol, terbutalina, broncodilatadores de acción prolongada: LAMA, B2-agonistas: LABA-Formoterol, oladaterol</p> <p>Combinaciones de B-agonista muscarínico: formoterol/ aclidinio; formoterol /glicopirronio; olodaterol /tiotropio; vilanterol /umelidinium.</p> <p>Antibioticos: azitromicina</p> <p>Oxigeno- corregir hipoxemia</p>	<p>Causas habituales de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica – tabaquismo con 80% de muertes</p> <p>Otros: insuficiencia de a1-antitripsina, asma y hipersensibilidad de vías respiratorias</p>
ASMA	<b>Síndrome que se caracteriza por la obstrucción de vías respiratorias</b>	Factores endógenos como: Género, grupo étnico, atopia, etc	<p>Asma intrínseca: asma del adulto-comienzo tardío</p> <p>Asma intermitente: predomina en infancia, disnea</p>	Dificultad para llenar de aire pulmones, aumenta moco- espeso, pegajoso y difícil de expectorar, con hiperventilación y	<p>Aspectos importantes: AL alérgeno- IgE</p> <p>Inflamación bronquial, alergia y atopia,hiperrespuesta bronquial</p>	<p>Análisis de esputo: espirales de curshmann, cristales de charcot-leyden</p> <p>Radiografía de torax: hiperinsulfación y atrapamiento aéreo.</p>	<p>Medidas preventivas: Eliminación total o parcial de los alérgenos en el entorno, evitar el tabaquismo activo o pasivo, exposición a los alérgenos o</p>	A veces son sensibles al ácido acetilsalicílico

	<p>Factores del entorno: Alérgeno, tabaquismo pasivo, paracetamol.</p> <p>Factores desencadenantes: ejercicio-hiperventilación</p> <p>Predisposición genética: ADAM-33, DPP-10 Y ORMDL3</p> <p>Infecciones : Virales-rinovirus; mycoplasma y chlamydo-phila</p>	<p>con sibilancias variables</p> <p>Asma persistente: continúa tos, sibilancias y disnea oscilante, síntomas aumentan por las noches, poco frecuente en niños, más frecuente en edad adulta</p> <p>Asma atípica: De forma persistente-tos, si tos acompaña sibilancias y exploración de función ventilatoria muestra obstrucción bronquial reversible con broncodilatador.</p>	<p>empleo de musculos accesorios y síntomas predominan por la noche</p>	<p>Inflamación de vías respiratorias:</p> <p>Células: hay acumulación de eosinofilos y productos, el infiltrado de estos son dados por: aumento de formación en medula ósea, atracción hacia mucosa bronquial de vasos por citosinas, adhesinas y factores quimiotácticos</p> <p>Mediadores químicos: pueden liberar sustancias químicas capaces de ocasionar edema y broncoconstricción entre ellas destacan la histamina, los eicosanoides (derivados del ácido araquidónico) y el factor activador de las plaquetas (PAF).</p>	<p>Estudios de concentración de óxido nítrico en aire exhalado, pruebas alérgicas cutáneas</p>	<p>sustancias irritantes, reducción de peso en pacientes</p> <p>Tratamiento farmacológico: Tratamiento de mantenimiento: Glucocorticoides y antileucotrienos</p> <p>Tratamiento de rescate: Teofilinas de acción rápida y antimuscarínicos</p> <p>Inmunoterapia</p>		
	<p><b>Inflamación de las estructuras del parénquima pulmonar en vías respiratorias inferiores</b></p>	<p>Neumonía por S. pneumoniae y aumento de las que generan otros</p>	<p>Neumonías típicas: se deben a la infección por bacterias que se multiplican fuera de las células en los alvéolos y causan inflamación y</p>	<p>En la comunidad: Disnea, presencia de enfermedades coexistentes y la gravedad del padecimiento. Determinados</p>	<p>En la comunidad: infección que inicia fuera del hospital o se diagnostica dentro de las 48 h que siguen al ingreso en un hospital en quien no ha vivido en una institución de cuidados a largo plazo</p>	<p>En comunidad: dependen de la edad, los problemas de salud coexistentes y la gravedad de la enfermedad. menores de 65 años de edad y sin enfermedades coexistentes, el diagnóstico suele</p>	<p>El tratamiento implica el consumo de antibióticos apropiado-adquirida en comunidad</p>	<p>Mayor en causas de tasa de morbilidad y mortalidad.</p>

<p>NEUMONIA</p>		<p>microorganismos, como Pseudomonas, Candida y otros hongos y virus inespecíficos.</p>	<p>exudado de líquidos en los espacios llenos de aire</p> <p>Las neumonías atípicas: por infecciones víricas y micoplasmas que afectan tabique alveolar y el intersticio pulmonar. Estas producen menos síntomas y datos físicos notables que la neumonía bacteriana.</p> <p>Neumonía lobular, bronconeumonía, de la comunidad, intrahospitalaria, inmunocomprometidos</p>	<p>mediante exploración física, pruebas de laboratorio y hallazgos radiográficos</p> <p>Intrahospitalaria: disnea</p> <p>Neumococica: se divide en cuatro etapas: edema, hepatización roja, hepatización gris y resolución, malestar general, escalofríos intensos y fiebre.</p> <p>Atípica: que aparenta ser un resfriado hasta una más grave o letal. Es posible que los síntomas sigan siendo fiebre, cefalea y mialgia. La tos, cuando se presenta, casi siempre es seca e irritativa.</p>	<p>durante 14 días o más antes de admisión.</p> <p>Agente más común en todas las categorías es: S. pneumoniae y otros como H. influenzae, S. aureus, incluyen virus de la influenza, VSR, adenovirus y virus parainfluenza, entre otros</p> <p>Intrahospitalaria: infecciones que se presentan 48 h o más después de la admisión se contrajeron en el hospital, Los microorganismos causantes son aquellos presentes en el ambiente hospitalario, incluidos P. aeruginosa, S. aureus, Enterobacter, Klebsiella, Escherichia coli y Serratia.</p> <p>Inmunocomprometidos: personas con estados de inmunodeficiencia primaria, afecciones con la inmunidad celular predisponentes a infecciones por virus, hongos, micobacterias y protozoarios, la neutropenia y el deterioro de la función de los granulocitos,</p>	<p>basarse en los antecedentes personales y la exploración física, tipo de microorganismo, por las radiografías torácicas</p> <p>Intrahospitalaria: no estaba presente o se hallaba en incubación al ingresar en el hospital.</p> <p>Atípica: Existen pocos instrumentos de valoración para ayudar a determinar el tratamiento de las personas con neumonía y que también pronostiquen la mortalidad, como la escala de gravedad CURB 65 (confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión sanguínea [blood pressure] y edad de 65 años o más).</p>	<p>Tipicas. Antibióticos como: penicilina, amoxicilina y ampicilina</p> <p>Atípicas: Antibióticos como: claritromicina, doxifloxacino, levofloxacino y moxifloxacino</p> <p>Neumococica: tratamiento incluye la administración de antibióticos eficaces contra S. pneumoniae.</p>	
-----------------	--	---	--	--	---	--	---	--

como se observa en los pacientes con leucemia, quimioterapia y depresión de médula ósea, predisponen a infecciones causadas por S. aureus, Aspergillus, bacilos gramnegativos y Candida.

Típicas: La pérdida del reflejo tusígeno, el daño al endotelio ciliado que reviste las vías respiratorias o las defensas inmunitarias deterioradas predisponen a la colonización e infección del aparato respiratorio inferior. Las células epiteliales de personas con enfermedades agudas o crónicas receptivas a los microorganismos que causan neumonía.

Neumocócica: El polisacárido es un antígeno que desencadena sobre todo una respuesta de los linfocitos B con producción de anticuerpos. En ausencia de anticuerpos, la eliminación de los neumococos del cuerpo se apoya en el sistema reticuloendotelial y en

					<p>los macrófagos del bazo que desempeñan una función muy importante en la depuración de microorganismos, junto con la participación del bazo en la producción de anticuerpos.</p> <p>Atípicas: se caracterizan por manchas en los pulmones confinadas en gran medida al tabique alveolar y el intersticio pulmonar. El término atípica denota la inexistencia de consolidación pulmonar, la producción de cantidades moderadas de esputo, el aumento moderado de leucocitos y la ausencia de exudado alveolar. Los agentes que causan la neumonía atípica dañan el epitelio de las vías respiratorias y sus defensas, lo cual predispone a infecciones bacterianas secundarias</p>			
<b>BRONQUIOLITIS</b>	<b>Es resultado de la disminución del paso de aire en los pulmones de el/la niño/a por inflamación</b>	puede ser causada por varios virus, pero el mayor número de	Aguda: se debe alentar lactancia materna exclusiva durante al menos 6 meses para disminuir	En niño menor a 2 años: Rinorrea, tos, dificultad respiratoria, sibilancias o estertores	Cursa con aparición de edema de la mucosa, tapones (moco, fibrina, detritus..) broncoespasmo, que puede llevar a	Identificar los factores de riesgo relacionados a bronquiolitis grave desde la primera consulta, como son: El/la niño/a con antecedentes de	Antes de indicar nebulización de solución salina hipertónica al 3% debe descartarse	Se recomienda realizar una revaloración a las 24 o 48

	<p><b>bronquial. Esto puede hacer que sea difícil para el/la niño/a respirar.</b></p>	<p>casos es producida por el Virus Syncytial respiratorio (RSV).</p>	<p>probabilidad de esta</p> <p>Igual según GPC puede clasificarse según "la escala validada para determinar la gravedad de la enfermedad", para definir tratamiento, se basa en FC, FR Y I/E: Relación inspiración- espiración. Según la gravedad será leve, moderada o grave.</p>	<p>crepitantes finos, hiperinsulfación y dificultad respiratoria y en pacientes con 39° C se debe investigar complicaciones como otitis media, neumonía bacteriana o buscar otro foco infeccioso</p>	<p>una obstrucción o trastornos, en la obstrucción puede ser de tipo parcial o total, la de tipo parcial cursa con atrapamiento aéreo y se eleva VR Y CRF y disminuye flujos espiratorios</p>	<p>prematurados y bajo peso al nacer &lt;2,500gramos, Cardiopatías congénitas, Enfermedad pulmonar crónica del prematuro, El/la niño/a procedentes de familias con recursos bajos; particularmente durante la época de invierno y principios de primavera</p>	<p>historia de atopia / asma</p> <p>Aplicación de salbutamol, paracetamol para el control de la fiebre cuando la temperatura (axilar) sea igual o mayor a 38° C en el/la niño/a con bronquiolitis; a razón de 10 a 15 miligramos por kilogramos de peso por dosis (sin exceder 60 mg por kg al día) cada 6 a 8 horas en un tiempo no mayor de 3 días</p> <p>En saturaciones de oxígeno menor de 90% administrar oxígeno por medio puntas nasales (3 a 5-10 l/min) o nebulizador ( FiO2 &gt;30%) para mantener saturación entre 90 y 94%, estabilizar al paciente y evaluar envío al siguiente nivel de atención, administrando una</p>	<p>horas para determinar la función respiratoria y las condiciones generales de el/la niño/a. Particularmente , en niñas/niños menores de 12 meses de edad que presentaron síntomas de infección en Vías respiratorias altas durante la época epidémica de la bronquiolitis.</p>
--	---	--	--	--	---	---	--	--

							dosis de adrenalina inhalada o salbutamol inhalado.	
<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	<b>Es un trastorno inflamatorio del oído medio que aparece por disfunción de la trompa de Eustaquio. Por diversas enfermedades, como URI, rinosinusitis crónica</b>	Después de una URI viral. Los propios virus RSV. virus de influenza. rinovirus y enterovirus. En estudios efectuados con timpanocentesis, se ha detectado de manera constante la presencia de S. pneumoniae como la bacteria de mayor importancia. H. influenzae (cepas no tipificables) y M. catarrhalis.	Otitis media recurrente: proviene de recurrencia o reinfección, aunque algunos datos indican que la mayor parte de las recurrencias tempranas corresponde a infecciones nuevas. Los mismos microorganismos patógenos que causan la otitis media aguda originan esta otitis media por un lapso largo, sin que existan signos ni síntomas de infección.	La membrana del tímpano muestra eritema, abombamiento retracción y, a veces, perforación espontánea. Los signos y los síntomas que acompañan a la infección pueden ser locales o de orden general, como otalgia, otorrea, hipoacusia fiebre y vértigo, nistagmo zumbidos	Aparece cuando los microorganismos patógenos que vienen de la nasofaringe son introducidos en el líquido inflamatorio reunido en el oído medio.  La proliferación patógena permite aparezcan signos, síntomas típicos del que de infección aguda del oído medio.	Derrame del oído medio, aparición de fiebre, otalgia, hipoacusia, zumbidos, vértigo, eritema de la TM.	Poco intenso: Tratamiento inicial: Amoxicilina, 80-90 mg/kg/día VO en fracciones c/12 h o c/8 Cefdinir 14 mg/kg/día VO en una dosis o fracciones c/12 Cefuroxima. 30 mg/kg/día fracciones VO, c/12 en Azitromicina. 10 mg/kg/día. Amoxicilina mg/kg/día VO fracciones Ceftriaxona, 50 mg/kg/día IV/IM días	La reacción inflamatoria hace que se genere un trasudado estéril dentro del oído medio y las cavidades mastoideas.

			<p>lapso de 90 días sin antibiótico-terapia; esta última o la miringotomía con colocación de las sondas de timpanostomía sólo se utilizan de manera típica en quienes el derrame bilateral:</p> <p>1) ha persistido durante tres meses y 2) se acompaña de notable hipoacusia bilateral.</p> <p>Otitis media crónica: se caracteriza por otorrea purulenta persistente y repetitiva en el marco de la perforación de la membrana del tímpano. Su tratamiento es quirúrgico.</p>					
<b>FARINGO-AMIGDALITIS VIRAL Y BACTERIANA</b>	<b>Es una infección de la faringe y amígdalas que se caracteriza por garganta roja de más de</b>	<b>El tabaquismo activo y pasivo se ha asocia a</b>	<b>De origen viral y bacteriano</b>	<b>Se caracteriza por garganta roja de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y</b>	<b>Viral: Durante la exploración clínica debe buscarse exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical y fiebre. Además de</b>	<b>exploración investigar: fiebre, adenopatía cervical anterior, hiperemia e hipertrofia amigdalina, con exudado purulento,</b>	<b>El paracetamol es el fármaco de elección para la analgesia en el dolor de garganta, teniendo en cuenta el aumento</b>	<b>Se sugiere realizar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento en la ingesta de líquidos.</li> </ul>

	<p>cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia.</p>	<p>un mayor riesgo de infecciones respiratorias con mayor tiempo de evolución, portador asintomático de Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).</p>		<p>a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia.</p> <p>Complicaciones en urgencias-bacteriana: Estridor, disnea, cianosis, disfagia, sialorrea, fiebre reumática y glomerulonefritis</p>	<p>interrogar sobre rinorrea y tos.</p> <p>Bacteriana: Síntomas de obstrucción de la vía aérea superior como estridor, disnea y cianosis relacionados con epiglotitis, absceso periamigdalino y retrofaríngeo. Además de: dificultad respiratoria, disfagia y sialorrea son datos que ameritan evaluación hospitalaria. Si existe presencia de complicaciones como epiglotitis, absceso periamigdalino o retrofaríngeo, dificultad respiratoria, estridor, disfagia o sialorrea debe realizarse envío urgente a hospital de segundo nivel. La fiebre reumática y la glomerulonefritis son complicaciones no supurativas del la faringitis por EBHGA y requieren ser tratada con terapia antibiótica apropiada. Es la principal razón para iniciar el tratamiento temprano cuando es detectado el Streptococcus</p>	<p>cefalea, dolor abdominal, vomito, anorexia, rash o urticaria. Algunos datos adicionales que apoyan el diagnóstico son cefalea, dolor abdominal, vómito y malestar.</p> <p>El sistema de McIsaac para evaluar faringoamigdalitis estreptocócica utiliza la edad (mayores de 3 años) y 4 síntomas (crecimiento amigdalino o exudado, adenopatías cervical anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos).</p> <p>El cultivo faríngeo sigue siendo el estándar de oro para confirmar el diagnóstico clínico de faringitis estreptocócica aguda, tiene una sensibilidad de 90% -95%.</p> <p>Mala respuesta al tratamiento: se debe realizar, cultivo faríngeo, factor reumatoide, proteína C reactiva, vol. de sedimentación globular y antiestreptolisinas y envío a segundo nivel</p>	<p>de los riesgos asociados con otros analgésicos se recomienda 500 mg c/8 horas de 3 a 5 días</p> <p>La penicilina es el antibiótico de elección. Diversos estudios apoyan que la penicilina en diferentes dosis o vías de administración sigue siendo el antibiótico de elección.</p> <p>En faringoamigdalitis aguda estreptocócica se recomienda el uso de uno de los siguientes esquemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina ácido clavulánico 500 mg c/8 hrs. 10 días</li> <li>• Cefalosporina de primera generación 10 días</li> <li>• Clindamicina 600 mg/día en 2-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la alimentación adecuada (si hay hiporexia, ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades). Realizar colutorios o gargarismos con agua bicarbonatada mientras exista exudado purulento.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	---	---	---

							<p>4 dosis por 10 días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se disponga de penicilina procainica puede aplicarse el siguiente esquema: Penicilina compuesta de 1,200,000 UI una aplicación cada 12 horas por dos dosis, seguidas de 3 dosis de penicilina procaínica de 800,000 UI cada 12 horas in En casos de alergia se recomienda: Eritromicina o cefalosporina de primera generación por 10 días. En caso de intolerancia se debe considerar azitromicina a 12mg/Kg./día máximo 5 días o clindamicina, claritromicina</li> </ul> <p>Eritromicina en pacientes alérgicos a la</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							penicilina 10 días	
<b>SINUSITIS</b>	<b>Es casi siempre una complicación de la infección aguda del tracto respiratorio superior o de una rinitis alérgica</b>	Microorganismos infecciosos más comunes: streptococcus pneumoniae y hemophilus influenzae	Sinusitis aguda, aerosinusitis, de acuerdo con su etiología es infecciosa, alérgica o mixta	Se caracteriza por la presencia de rinorrea purulenta, obstrucción nasal, dolor facial, así como fiebre, tos, fatiga, hiposmia o anosmia, dolor dental maxilar y plenitud ótica	<p>Presente transluminación de los senos que puede mostrar una opacificación unilateral que contribuye al diagnóstico, en sujetos inmunocomprometidos : la punción de pared anterior del seno maxilar es útil para obtener material, el edema preexistente de la mucosa obstruye los orificios sinusales y se produce hemorragia dolorosa en la mucosa sinusal, debida a cambios rápidos de presión durante el descenso – aerosinusitis</p> <p>La celulitis periorbitaria o el absceso orbitario pueden deberse a extensión de la infección desde los senos etmoidales, especialmente en niños pequeños</p>	<p>Investigar antecedente de rinorrea purulenta, obstrucción nasal uni o bilateral, dolor facial, hiposmia, anosmia y fiebre.</p> <p>El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere los siguientes datos: infección respiratoria alta severa, inflamación o dolor facial o cefalea. La rinorrea mucopurulenta deberá considerarse como un dato de importancia para el diagnóstico sólo cuando es persistente por más de 7 días.</p> <p>Durante la exploración buscar descarga purulenta en nariz y orofaringe. No se recomienda la toma de radiografías en aquellos pacientes en los que se establece un diagnóstico clínico preciso de rinosinusitis aguda.</p> <p>Los pacientes con cefalea frontal y que sugieran la presencia de sinusitis deberá realizar una radiografía para</p>	<p>Antibióticos de primera elección: 10 a 14 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina 500 mg c/8 hrs.</li> <li>• Trimetoprima /sulfametoxazol 160/800 mg c/12 hrs. En caso de alergia o intolerancia a los antibióticos de primera elección por 10 a 14 días</li> <li>• Doxiciclina 100 mg c/12 hrs.</li> <li>• Azitromicina 500 mg por 3 días.</li> <li>• Claritromicina 500 mg c/12 hrs.</li> <li>• Cefalosporinas o quinolonas. La alternativa para casos resistentes o de hipersensibilidad son:</li> </ul>	

						<p>descartar sinusitis frontal.</p> <p>Las técnicas de imagen pueden proveer evidencia confirmatoria cuando los síntomas son vagos y los hallazgos clínicos son inexactos o cuando hay enfermedad clínica persistente con una terapia médica óptima.</p>	<p>•Clindamicina,Rifampicina, Quinolonas, Cefalosporinas.</p> <p>El esquema recomendado es: • Amoxicilina 500 mg c/8 horas durante 10-14 días por vía oral. En caso de alergia utilizar: Trimetropima /Sulfametoxazol 160/800 mg c/12 horas durante 10 a 14 días.</p>	
<b>INFLUENZA</b>	<p><b>Enfermedad respiratoria clínica acompañada de fiebre, malestar y mialgia y también es el nombre de los ortomixovirus que causan este síndrome</b></p>	<p>Son tres tipos de virus: tipo A, B y C</p> <p>Los de tipo A son más primordiales: 1) la plasticidad del genoma que les permite reaccionar a la inmunidad prevalente en la comunidad</p>	<p>Virus de la gripe tipo A : más primordiales</p> <p>Virus de la gripe aviar y porcina: Se encuentra en aves domésticas y migratorias</p> <p>Virus de la gripe B y C : B- relacionada con infecciones humanas, C- Enfermedad leve intermitente.</p>	<p>En el tipo más prominente: Fiebre, dolor faríngeo, congestión nasal, escalofríos, fatiga, mialgia, tos, faringitis, irritabilidad, fiebre, anorexia, en menor frecuencia: amigdalitis, vómito, otitis, neumonía, diarrea, disfonía.</p>	<p>En plano celular, virus se une con receptores para ácido siálico y entra a la célula epitelial por endocitosis mediada por receptor. Luego, virus entra a endosoma, donde acidificación favorece la separación proteolítica de la hemaglutinina, lo que expone el dominio de fusión permite que RNA viral entre a citoplasma, la nucleoproteína permite transcripción a un RNA con sentido positivo y replicación al final se incorpora a membrana celular la cual se desprende</p>	<p>Valor predictivo positivo (VPP) alto para el diagnóstico de la enfermedad incluyen: fiebre &gt;38.5° C, tos y ataque al estado general.</p> <p>Para la detección de antígeno del virus de la influenza A, en las muestras nasofaríngeas de los pacientes con influenza</p> <p>Prueba rápida para la detección de antígeno del virus de la influenza A y B tiene una sensibilidad de</p>	<p>El oseltamivir disminuye la duración de la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 36 horas en el 26% de pacientes con influenza estacional confirmada (p&lt;0.0001).</li> <li>• 21 horas en el 17% pacientes con diagnóstico clínico en (p=0.0002).</li> </ul> <p>La dosis de oseltamivir</p>	<p>Brota en meses más fríos, Gripe A más grave fue en 1918 con casi 50 millones de muertes y también es conocida como gripe</p>

		<p>mediante la modificación de sus epitopos inmunógenos , 2) la segmentación de sus genomas</p>			<p>hacia ambiente mucoso, tiene periodo de incubación: 48 a 72 hrs</p>	<p>82% (IC95%:69-92) con un VPP para la prueba Quick view de 98% (IC95%: 88-99) y valor predictivo negativo (VPN) de 94% (IC95%:90-97), comparado con el estándar ya casde oro (cultivo viral)</p>	<p>recomendada para el tratamiento en niños mayores de un año varía de acuerdo al peso corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;15 kg: 30 mg cada 12 horas por 5 días.</li> <li>• &gt;15 kg a 23 kg: 45 mg cada 12 horas por 5 días.</li> <li>• &gt;23 kg a 40 kg: 60 mg cada 12 horas por 5 días.</li> <li>• &gt;40 kg: 75 mg cada 12 horas por 5 días.</li> </ul>	
--	--	---	--	--	--	--	---	--

# Bibliografía

GPC; Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis auda en niñas y niños. (s.f.). Obtenido de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/032GRR.pdf>

GPC; Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda. (s.f.). Obtenido de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/073GER.pdf>

GPC; Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda. (s.f.). Obtenido de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/080GER.pdf>

GPC; Prevencion, diagnostico y tratamiento de la influenza. (s.f.). Obtenido de [https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GER\\_H1N1.pdf](https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GER_H1N1.pdf)

*Harrison; principios de medicina interna* (21a edición ed., Vol. I y II). (s.f.).

*KELLEY; medicina interna* (Vol. I y II). (s.f.). Editorial medica panamericana .

*PORTH FISIOPATOLOGIA* (10° EDICION ed.). (s.f.).