Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Hugo Leonel Espinosa Hidalgo

Nombre del tema: Hepatitis víricas

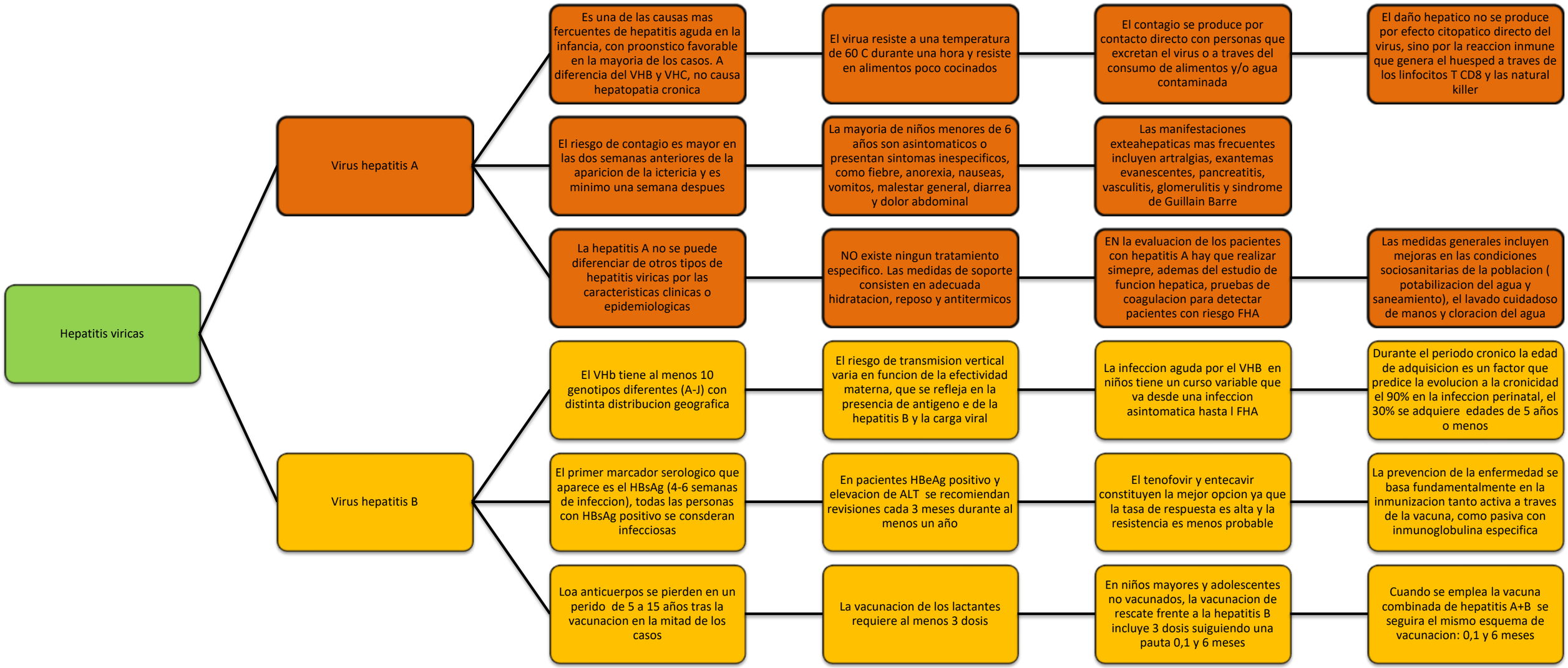
Parcial: 4

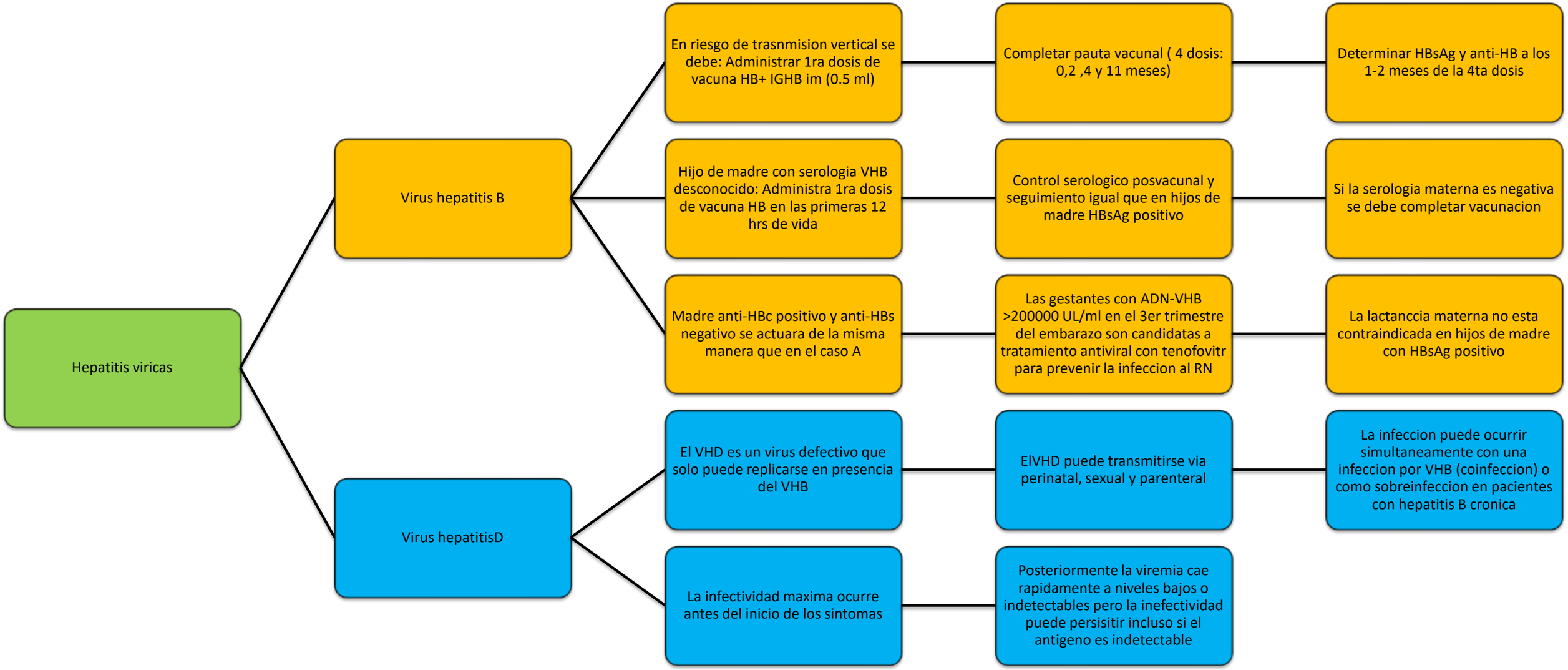
Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Lic. En enfermería

Cuatrimestre: 4


Hepatitis viricas
Virus hepatitis A
Es una de las causas mas fercuentes de hepatitis aguda en la infancia, con proonstico favorable en la mayoria de los casos. A diferencia del VHB y VHC, no causa hepatopatia cronica
El virua resiste a una temperatura de 60 C durante una hora y resiste en alimentos poco cocinados
El contagio se produce por contacto directo con personas que excretan el virus o a traves del consumo de alimentos y/o agua contaminada
El daño hepatico no se produce por efecto citopatico directo del virus, sino por la reaccion inmune que genera el huesped a traves de los linfocitos T CD8 y las natural killer
El riesgo de contagio es mayor en las dos semanas anteriores de la aparicion de la ictericia y es minimo una semana despues
La mayoria de niños menores de 6 años son asintomaticos o presentan sintomas inespecificos, como fiebre, anorexia, nauseas, vomitos, malestar general, diarrea y dolor abdominal
Las manifestaciones exteahepaticas mas frecuentes incluyen artralgias, exantemas evanescentes, pancreatitis, vasculitis, glomerulitis y sindrome de Guillain Barre
La hepatitis A no se puede diferenciar de otros tipos de hepatitis viricas por las caracteristicas clinicas o epidemiologicas
NO existe ningun tratamiento especifico. Las medidas de soporte consisten en adecuada hidratacion, reposo y antitermicos
EN la evaluacion de los pacientes con hepatitis A hay que realizar simepre, ademas del estudio de funcion hepatica, pruebas de coagulacion para detectar pacientes con riesgo FHA
Las medidas generales incluyen mejoras en las condiciones sociosanitarias de la poblacion (potabilizacion del agua y saneamiento), el lavado cuidadoso de manos y cloracion del agua
Virus hepatitis B
El VHb tiene al menos 10 genotipos diferentes (A-J) con distinta distribucion geografica
El riesgo de transmision vertical varia en funcion de la efectividad materna, que se refleja en la presencia de antigeno e de la hepatitis B y la carga viral
La infeccion aguda por el VHB en niños tiene un curso variable que va desde una infeccion asintomatica hasta l FHA
Durante el periodo cronico la edad de adquisicion es un factor que predice la evolucion a la cronicidad el 90% en la infeccion perinatal, el 30% se adquiere edades de 5 años o menos
El primer marcador serologico que aparece es el HBsAg (4-6 semanas de infeccion), todas las personas con HBsAg positivo se consderan infecciosas
En pacientes HBeAg positivo y elevacion de ALT se recomiendan revisiones cada 3 meses durante al menos un año
El tenofovir y entecavir constituyen la mejor opcion ya que la tasa de respuesta es alta y la resistencia es menos probable
La prevencion de la enfermedad se basa fundamentalmente en la inmunizacion tanto activa a traves de la vacuna, como pasiva con inmunoglobulina especifica
Loa anticuerpos se pierden en un perido de 5 a 15 años tras la vacunacion en la mitad de los casos
La vacunacion de los lactantes requiere al menos 3 dosis
En niños mayores y adolescentes no vacunados, la vacunacion de rescate frente a la hepatitis B incluye 3 dosis suiguiendo una pauta 0,1 y 6 meses
Cuando se emplea la vacuna combinada de hepatitis A+B se seguira el mismo esquema de vacunacion: 0,1 y 6 meses


Hepatitis viricas
Virus hepatitis B
En riesgo de trasnmision vertical se debe: Administrar 1ra dosis de vacuna HB+ IGHB im (0.5 ml)
Completar pauta vacunal (4 dosis: 0,2 ,4 y 11 meses)
Determinar HBsAg y anti-HB a los 1-2 meses de la 4ta dosis
Hijo de madre con serologia VHB desconocido: Administra 1ra dosis de vacuna HB en las primeras 12 hrs de vida
Control serologico posvacunal y seguimiento igual que en hijos de madre HBsAg positivo
Si la serologia materna es negativa se debe completar vacunacion
Madre anti-HBc positivo y anti-HBs negativo se actuara de la misma manera que en el caso A
Las gestantes con ADN-VHB >200000 UL/ml en el 3er trimestre del embarazo son candidatas a tratamiento antiviral con tenofovitr para prevenir la infeccion al RN
La lactanccia materna no esta contraindicada en hijos de madre con HBsAg positivo
Virus hepatitisD
El VHD es un virus defectivo que solo puede replicarse en presencia del VHB
ElVHD puede transmitirse via perinatal, sexual y parenteral
La infeccion puede ocurrir simultaneamente con una infeccion por VHB (coinfeccion) o como sobreinfeccion en pacientes con hepatitis B cronica
La infectividad maxima ocurre antes del inicio de los sintomas
Posteriormente la viremia cae rapidamente a niveles bajos o indetectables pero la inefectividad puede persisitir incluso si el antigeno es indetectable