

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana

MATERIA:

CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIOLÓGICO

NOMBRE DEL TRABAJO:

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION.

ALUMNA:

Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"

GRADO: "7"

PASIÓN POR EDUCAR

DOCENTE:

Dr. Andrés Alfonso Cancino García

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de diciembre de 2024

**“ENFERMEDADES PREVENIBLES POR
VACUNACIÓN”**

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevenibles por vacunación son aquellas que pueden ser evitadas mediante la administración de vacunas específicas. Estas enfermedades han sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a lo largo de la historia, especialmente en niños y adultos vulnerables.

La vacunación es una de las intervenciones más efectivas en la prevención de enfermedades infecciosas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación ha permitido reducir la mortalidad infantil en un 50% desde la década de 1960. Además, la vacunación ha contribuido a la erradicación de enfermedades como la viruela y la poliomielitis en muchos países.

A continuación, se presentan algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación más comunes:

CÓLERA

Es una infección intestinal aguda causada por el **Vibrio cholerae O1** o por el **Vibrio cholerae O139**, ambos toxigénicos, que se transmite al hombre por la ingesta de agua o alimentos contaminados.

La enfermedad se presenta en personas de cualquier edad, y se caracteriza **por diarrea abundante y vómito**, que pueden ocasionar **choque hipovolémico y causar la muerte**.

ETIOLOGÍA

Hasta 1992 se sabía que *Vibrio cholerae* O1 era el agente de las epidemias, pero en 1993 se reconoció a *Vibrio cholerae* O139 como un nuevo microorganismo en India y Bangladesh.

- Toxina O1: Serotipos inaba, ogawa, hikojima. Biotipos: Clásico y Tor (ninguno se disemina fuera del tubo digestivo)
- Toxina O139: puede causar infección diseminada fuera del tubo digestivo.

Transmisión: ingesta de agua y alimentos contaminados (mariscos y vegetales)

INCUBACIÓN: Desde pocas horas – hasta Días.

FISIOPATOLOGÍA

1. El AMP cíclico inhibe el sistema de entrada de sodio de las células de las vellosidades y activa el sistema de salida de cloruro en las células de las criptas.
2. Esto determina la acumulación de cloruro de sodio dentro de la luz intestinal.
3. Como el agua se mueve pasivamente para mantener la osmolalidad, se acumula un líquido isotónico en la luz del intestino, cuando el volumen de dicho líquido supera la capacidad de resorción del resto, se produce la diarrea acuosa.

EPIDEMIOLOGIA

Esta enfermedad ha generado 7 grandes epidemias en el mundo desde 1817, de las cuales cinco han afectado a nuestro país.

- **Es una enfermedad de notificación INMEDIATA. (24 horas)**

FACTORES DE RIESGO

- Aguas residuales
- Mariscos contaminados
- Verduras y legumbres contaminadas
- Mala higiene de manos
- Deficiente concentración de cloro residual libre en redes de distribución de agua.

CLÍNICA

Caso sospechoso de cólera (regla de los 5)

- ∴ 5 años o más
- ∴ 5 evacuaciones o más en 24 horas
- ∴ 5 días de evolución O MENOS

• Circulación de cólera O1 o 139 toxigénicos en su lugar de residencia.

La diarrea tiende a ser acuosa, libre de proteínas (en agua de arroz), sin moco, sin sangre, sin leucocitos.

CÓLERA SIN DESHIDRATACIÓN	CÓLERA CON DESHIDRATACIÓN LEVE-MODERADA	CÓLERA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
<ul style="list-style-type: none">▪ Evacuaciones líquidas con o sin vómito▪ Sin clínica de deshidratación	<ul style="list-style-type: none">▪ Inquietud o irritabilidad▪ Ojos hundidos▪ Mucosas secas▪ Sed aumentada▪ Polipnea o taquipnea▪ Taquicardia▪ Llenado capilar de 3 – 5 segundos▪ Oliguria	Además de las características anteriores presenta 2 o más de las siguientes: <ul style="list-style-type: none">▪ Letargo o inconsciencia▪ Incapacidad para beber▪ Pulso débil o no perceptible▪ Llenado capilar >5 segundos▪ Hipotensión arterial▪ Anuria

DIAGNÓSTICO

AISLAMIENTO DEL MICROORGANISMO (con caracterización bioquímica y aglutinación bacteriana con sueros polivalentes).

GOLD STANDARD: CULTIVO EN MEDIO AGAR MC CONCKEY Se toma muestra de materia fecal con hisopo rectal y se transporta en medio de CARY BLAIR.

TRATAMIENTO

REHIDRATACIÓN → ES LA BASE DEL TRATAMIENTO

- Las personas mueren por choque hipovolémico, es indispensable administrar líquidos para llegar a volemia con rapidez.
- De acuerdo a los planes de rehidratación A, B y C; dependiendo del estado del paciente.

ANTIBIÓTICO

El tratamiento complementario con antimicrobianos vía oral se dará en los casos sospechosos, confirmados, contactos y portadores de *Vibrio cholerae* O1:

- *1ra elección: DOXICICLINA*
- Adultos: 300 mg VO DU
 - 10 – 14 años: 200 mg VO DU
 - 5 – 9 años: 100 mg VO DU

Menores de 5 años:

→ ERITROMICINA 30mg/kg dividido en 3 dosis durante 3 días.

→ *2da elección:* TETRACICLINA

→ *3ra elección:* Trimetoprim-Sulfametoxazol

TOSFERINA Y SÍNDROME COQUELUCHOIDE

Es una infección aguda de las vías respiratorias causada por la bacteria **Bordetella pertussis**, un cocobacilo gramnegativo de transmisión aérea.

El SÍNDROME COQUELUCHOIDE es un cuadro típico de una infección por *Bordetella pertussis*, pero **no se ha logrado aislar el agente etiológico** para denominarlo Tosferina.

EPIDEMIOLOGÍA

- Enfermedad sumamente contagiosa
- Tasa de ataque secundario a familiares susceptibles elevada
- Ser humano único huésped conocido del bicho
- Adultos reservorio importante para infección de lactantes.
- Se presenta a cualquier edad, pero se notifica y diagnostica en <5 años.

FACTORES DE RIESGO

- Esquema de **vacunación incompleto** (Pentavalente y/o DPT)
- Menores de 4 meses con contactos previos

FISIOPATOLOGÍA

1. *B. pertussis* se fija a las células de la nasofaringe, en donde prolifera.
2. Se disemina hacia las células ciliadas de la tráquea y bronquios.
3. Produce toxinas que paralizan cilios y provocan muerte celular.
4. Inflamación de las vías aéreas eliminación anormal de secreciones
5. NO hay bacteriemia.

PERIODO DE CONTAGIO: PRIMERAS 2 SEMANAS CON TOS
INCUBACIÓN: 7-10 DÍAS

CLÍNICA

FASE CATARRAL

- Insidiosa y muy similar a **INFECCIÓN LEVE DE VÍA ÁREA** (rinitis).
- Incluyen coriza (rinorrea), estornudos, fiebre baja, tos leve ocasional.
- La tos progresa 1-2 semanas hasta volverse paroxística

FASE PAROXÍSTICA

- Episodios graves de **TOS PAROXÍSTICA**, debido a dificultad de expulsar moco del árbol bronquial.
- La tos paroxística suele continuarse con **ESTRIDOR inspiratorio prolongado**, de tono agudo y vómitos.

- Los accesos de tos pueden presentar **CIANOSIS por apnea prolongada** (frecuente en lactantes)
- Pueden tener aspecto normal entre episodios paroxísticos.

FASE CONVALECENCIA

- Llega después de un **pico máximo de frecuencia e intensidad de tos paroxística**
- Los **EPISODIOS SE ATENÚAN DE FORMA PAULATINA**, rara vez duran más de 2-6 semanas.
- Puede persistir una tos no paroxística
- **La tos ferina “clásica” es típica de lactante de 6 meses o mayores.**
- En adultos puede haber tos prolongada acompañada o no de crisis paroxísticas.

DIAGNÓSTICO

La **prueba estándar** de laboratorio que se prefiere para realizar el diagnóstico es el **aislamiento de B. pertussis** mediante cultivo. En casos graves de lactantes puede haber leucocitosis con linfocitosis.

1. CULTIVO

- Debe tomarse muestra de NASOFARINGE. (No se toma de orofarínge).
- Medio de Bordet-Gengou (hacerlo a un lado de la cama del paciente)
- Mayor tasa de éxito durante FASE CATARRAL.

2. PCR

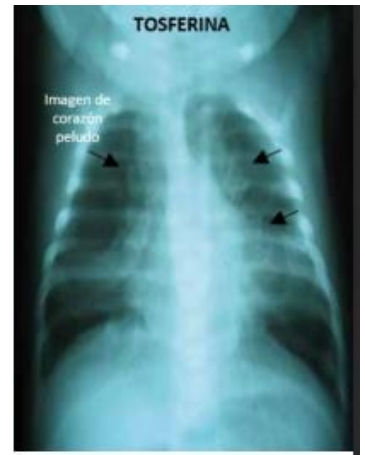
- Prueba rápida, sensible y específica
- Puede usarse además del cultivo (aún con tratamiento antibiótico iniciado)

3. Anticuerpo Fluorescente (dFA)

- Detección directa del anticuerpo, aunque tiene baja sensibilidad para la bacteria.

4. ELISA no se recomienda

5. La RADIOGRAFÍA DE TÓRAX puede darnos una imagen de “Corazón Peludo”



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecciones vías aéreas superiores
- Cianosis episódica
- Bordetella parapertussis.

TRATAMIENTO

Objetivo: **reducir el periodo de transmisibilidad** y reducir los síntomas si se administra durante la fase catarral y la fase paroxística inicial.

1ra Elección: ERITROMICINA (40-50 mg/Kg/día) en 4 dosis à Durante 21 días.

Alternativas: Azitromicina y Claritromicina

En neonatos que inicien Azitromicina requieren vigilancia estrecha: efecto Estenosis Hipertrófica Píloro

2da Elección: TRIMPETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

AISLAMIENTO

- Los casos diagnosticados requieren aislamiento
- Debe evitarse contacto en casos sospechosos y sobre todo si no están vacunados.

PROFILAXIS

En contactos inmediatos:

- Antibiótico
 - Vacunación
 - Cuarentena
- Antibiótico: ERITROMICINA o TMP durante 14 días (estén o no vacunados)
 - Vacunación: otorgar a niños menores de 7 años que no han recibido su esquema.

DIFTERIA

Enfermedad infecciosa causada por el bacilo gram positivo **Corynebacterium diphtheriae**.

EPIDEMIOLOGÍA

- Antes de la vacuna, importante causa de morbilidad en <15 años
- Aproximadamente 1 de cada 10 personas con difteria muere
- En México no se han registrado casos de difteria desde 1991
- Vacuna hexavalente en 3 dosis tiene eficacia de cerca de 100%

CLÍNICA

Inicia con fiebre de $>38^{\circ}$

- Escalofríos
- Faringitis hiperémica
- Membranas grisáceas (pseudomembranas)
- Adenopatías “cuello de toro o búfalo”

DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO (**Reporte epidemiológico en <24 horas**)

Microscopía: Gram positivo en forma de caracteres chinos

GOLD ESTÁNDAR: Cultivo en agar telurito o Loeffler

Si la difteria solo afecta la piel, produce una especie de arañazos (abrasiones) y úlceras con aspecto variable. Estas aparecen en brazos y piernas y se asemejan a otros trastornos de la piel, como el eczema, la psoriasis y el impétigo.

TRATAMIENTO

INICIAL: Mantener vía aérea

Elección: antitoxina diftérica + antibiótico (Penicilina G o eritromicina)

La toxina diftérica puede afectar al miocardio causando arritmias, miocarditis e incluso para cardíaco.

El cuello del toro puede provocar obstrucción de la vía aérea.

INFLUENZA

Es una infección causada por **los virus de la influenza** que se transmite de una **persona a otra**, puede **afectar a cualquier grupo de edad**, alcanzando su **máximo auge durante el invierno**, siendo un problema de salud pública grave y causa de muerte en poblaciones de alto riesgo.

ETIOLOGÍA

Pertenece a la familia de los **Orthomyxoviridae** y existen tres tipos de influenza estacional: A, B y C.

- VIRUS A: se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus H: Hemaglutina y N: Neuraminidasa. Entre muchos subtipos de virus gripales A, en la actualidad los **que más circulan en el ser humano son AH1N1 y AH3N2**.
- VIRUS B: también son causante de epidemias de influenza estacional cada año, aunque en menor medida.
- VIRUS C: rara vez afecta a humanos.

EPIDEMIOLOGIA

- Constituye la causa más frecuente de enfermedad respiratoria aguda que requiere atención médica.
- Las tasas de enfermedad grave y muerte son altas en menores de 2 años y >65 años.
- Produce complicaciones como neumonía viral, neumonía bacteriana secundaria y empeoramiento de condiciones médicas subyacentes.

FACTORES DE RIESGO

Para Complicaciones:

- Edad menor a 2 años
- Edad mayor a 60 años
- Enfermedades Crónicas
- Embarazo

Para Adquirir la Infección:

- Exposición laboral
- Viaje a zonas epidémicas.

VACUNAS

Debe realizarse de forma anual durante los meses previos a la temporada invernal:

- ∴ Personal de Salud
- ∴ Pacientes Hospitalizados
- ∴ Niños de 6 meses a 5 años
- ∴ Adultos mayores de 60 años

En casos de pediátricos (6 meses – 8 años) que no hayan recibido la inmunización previa, deberá darse en 2 dosis:

- 0 (tan pronto como sea posible)
- 1 mes (posterior a la primera)

CLÍNICA → Notificación inmediata

- Fiebre repentina superior a 38.5oC
- Tos
- Cefalea Intensa
- Mialgias y Artralgias
- Odinofagia
- Coriza y Rinorrea
- Astenia y Malestar General Extremo.

COMPLICACIONES

La más importantes → Neumonía

DIAGNOSTICO

GOLD ESTÁNDAR: RT-PCR

TRATAMIENTO

1ra elección: OSELTAMIVIR 75 mg cada 12 horas por 5días

2da elección: ZANAMIVIR 10 mg inhalado cada 12 horas por 5 días

ANTIBIÓTICO

Indicado únicamente en caso de confirmar la presencia de coinfección bacteriana por muestras respiratorias o hemocultivo. (si es posible antígenos urinarios para *S. pneumoniae* y *Legionella*).

ESQUEMA EMPÍRICO

Cefalosporina de 3o Generación (Ceftriaxona o Cefotaxima) + MACRÓLIDO.

NEUMOCOCO

La vacuna de neumococo protege contra las infecciones graves causadas por la bacteria *Streptococcus Pneumoniae*

→ Neumonía adquirida en la comunidad

Infección aguda del parénquima pulmonar acompañada de infiltrado agudo en la radiografía torácica o hallazgos auscultatorios. Cumple con las siguientes características:

- El px no ha estado hospitalizado o ha estado en un centro asistencial en los 14 días previos.
- El padecimiento inicia en las primeras 24-48 horas de su internamiento o después de 72 horas de un egreso hospitalario.

ETIOLOGIA

Patógenos más frecuentemente aislados:

1. *S. pneumoniae*
2. *H. influenzae*
3. *S. aureus*

FACTORES DE RIESGO

- Edad >65 años
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Comorbilidad (EPOC, cáncer, DM, IC).
- Inmunosupresión y/o tx con esteroides.

CLÍNICA

Inicio súbito de escalofríos y fiebre, tos

DIAGNOSTICO

CLÍNICA + radiografía de tórax

Radiografía: Infiltrados focales

Otros estudios:

- BHC
- QS (glucosa, pruebas de función renal).
- Electrolitos (Na).
- PFH.
- PCR para distinguir entre neumonía bacteriana o viral.

- Bacteriana >100 mg/dL
- Viral <20 mg/dL

TRATAMIENTO

<p><i>NEUMONÍA LEVE</i> <i>CURB-65 (0-1)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Primera línea</u>: amoxicilina. 2. <u>Segunda línea</u>: macrólido o tetraciclina.
<p><i>NEUMONÍA MODERADA</i> <i>CURB-65 (2)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fluoroquinolona respiratoria (levofloxacino o moxifloxacino). 2. Cefalosporina de 3º generación + macrólido. 3. Amoxiclav + macrólido.
<p><i>NEUMONÍA GRAVE</i> <i>CURB-65 (3)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fluoroquinolona respiratoria (levofloxacino o moxifloxacino). 2. Cefalosporina de 3º generación + macrólido. 3. Amoxiclav + macrólido.
<p><i>NEUMONÍA GRAVE</i> <i>CURB-65 (4-5)</i> <i>UCI</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beta lactámico IV + macrólido o fluoroquinolona IV.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Enfermedad infecto-contagiosa producida por micobacterias del **complejo Mycobacterium Tuberculosis**.

Afecta parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero es prevenible y curable.

CLÍNICA

- Fiebre
- Dolor retroesternal
- Fatiga
- Tos
- Artralgia
- Faringitis

Tuberculosis crónica se presenta en pacientes inmunocomprometidos con tos, pérdida de peso, fatiga, fiebre y sudores nocturnos, dolor torácico, disnea, hemoptisis, empiema, úlceras en faringe y/o lengua y anorexia.

DIAGNOSTICO

Temprano: BAAR, PCR, Cultivo bacteriológico y prueba de tuberculina (PPD)

Estudio de imagen:

- Afección del parénquima
- Calcificación
- Tuberculomas
- Cavitación
- Atelectasias
- Linfadenopatía
- Derrame pleural

TRATAMIENTO

Fase intensiva

- Rifampicina 600 mg
- Isoniacida 300 mg
- Piracinamida 1500-2000 mg
- Etambutol 1200 mg

Fase sostén

- Rifampicina 600 mg
- Isoniacida 800 mg

PAROTIDITIS

Es una infección causada por un virus ARN de la familia **PARAMIXOVIRIDAE**, caracterizada por **la inflamación de las glándulas salivales**.

ETIOLOGIA

Virus ARN, familia PARAMIXOVIRIDAE

- El patrón normal es bilateral

Bacteriana: generalmente son unilaterales.

1. S. aureus
2. S. pneumoniae

EPIDEMIOLOGIA

- Afecta a niños entre 5 y 9 años
- Más frecuente en invierno y primavera
- La eficacia de la VACUNA SRP con 1 solo dosis es menor al 75%, por lo que se debe de contar con las 2 dosis establecidas

INCUBACIÓN: 12-25 días

CONTAGIO: 24 horas de la aparición de la tumefacción hasta 3 días después de desaparición. (Gotas de flugge)

CLÍNICA

FASE PRODRÓMICA (1 – 2 días)

- Fiebre, parotiditis dolorosa (70% bilateral), otalgia ipsilateral y dolor a la ingesta de alimentos.

FASE EXANTEMÁTICA:

- Es infrecuente pero de aparecer, es un exantema morbiliforme.

DIAGNOSTICO

GOLD ESTÁNDAR: CLÍNICA

TRATAMIENTO

1ra elección: SINTOMÁTICO → hidratación, analgesia y antipiréticos

SARAMPIÓN

Es una enfermedad febril exantemática, con manifestaciones respiratorias y enantema.

ETIOLOGIA

Virus del Sarampión PARAMIXOVIRUS (ARN MONOCATERNARIO)

INCUBACIÓN: 8-12 días

PERIODO DE CONTAGIO: 3-5 días antes del exantema hasta los siguientes 4 días

EPIDEMIOLOGÍA

- ⇒ Es una de las enfermedades exantemáticas más contagiosas.
- ⇒ Se encuentra cubierto por el esquema nacional de vacunación.
- ⇒ La mayoría de los casos ocurren en invierno y principios de primavera en climas templados.

FACTOR DE RIESGO

- Nivel económico
- Falta de vacunación en área
- Menor de 2 años
- Inmunodeficiencia
- Desnutrición
- Guarderías y escuelas.

CLÍNICA

Fase prodrómica

- ➔ Tos, coriza, conjuntivitis, irritabilidad, fiebre

Fase exantemática

- ➔ Exantema maculopapular, progresión cefalocaudal, machas de koplik, líneas de stimson, manchas de herman

DIAGNOSTICO

CLÍNICO

SEROLOGÍA

1. Anticuerpos IgM del virus → se recomienda muestra sangre venosa para confirmar diagnóstico

a. Debe tomarse en los primeros 35 días después de la aparición del exantema.

2. Exudado faríngeo y muestra de orina → aislamiento y genotipificación (recomendado en sarampión

atípico)

TRATAMIENTO

1ra elección: MEDIDAS GENERALES

Hidratación, oxigenación, control de fiebre, alimentación habitual, aporte adecuado de líquidos, no utilizar AB.

VITAMINA A:

- Disminuye mortalidad en los pacientes
- Dosis recomendada por OMS: 200,000 UI diarias x 2 días

Grupo etario	1ra. dosis (primer día)	2da. dosis (segundo día)	3er. dosis (Seguimiento)
Menor 6 meses	50,000 UI	50,000 UI	En caso de signos de xeroftalmia aplicar la dosis entre la segunda y cuarta semana después de la exposición
De 6 a 11 meses	100,000 UI	100,000 UI	
Mayor a 12 meses	200,000 UI	200,000 UI	

HEPATITIS

Hepatitis es un término anatómico-clínico mediante el cual se hace referencia a la **lesión hepatocelular** o necrosis inflamatoria del hígado

Se denomina:

- Hepatitis aguda cuando su evolución es limitada a menos de 6 meses de duración
- Hepatitis crónicas cuando persiste después de los 6 meses

ETIOLOGIA

- La mayoría de las hepatitis agudas son de etiología viral, pero existen otras causas de menor prevalencia como la producida por fármacos, tóxicos, mecanismos autoinmunitarios y esteatohepatitis
- Las hepatitis virales son las más frecuentes y están causadas por un grupo diverso denominados en su conjunto virus hepatotropos ya que comparten la característica de tener una afinidad especial por el hepatocito y provocar inflamación y necrosis hepática. Estos son:
 - **Virus de la hepatitis A, B, C, D y E**
 - Citomegalovirus
 - Epstein Barr
 - Herpes simple

CLINICA

- Los signos y síntomas son muy similares entre los distintos tipos de hepatitis, independientemente del virus causal, por lo que no es posible identificar el virus involucrado a través del cuadro clínico. Para establecer la etiología es necesario recurrir al estudio serológico.
- El espectro clínico de la hepatitis viral aguda puede ir desde ausencia de signos y síntomas (hepatitis fulminante)
- Si bien la mayor parte de las manifestaciones clínicas de la hepatitis son inespecíficas, algunos signos y síntomas son muy sugestivos, entre ellos:
 - Malestar general
 - Cuadro pseudogripal
 - Fiebre
 - Astenia
 - Anorexia
 - Náuseas y vómitos
 - Rechazo a la comida y al cigarrillo
 - Cefalea
 - Mialgias
 - Artralgias
 - Prurito
 - Diarrea
 - Ictericia
 - Coluria
 - Malestar en hipocondrio derecho
 - Hepatomegalia dolorosa

ANAMNESIS

En todo paciente en quien se sospeche hepatitis se debe interrogar sobre:

- Lugar de residencia
- Condiciones sanitarias de la vivienda
- Antecedentes de viajes a zonas endémicas
- Contactos familiares
- Transfusiones de sangre
- Consumo de droga por vía endovenosa
- Hábitos sexuales
- Tatuajes/ piercing
- Hemodiálisis
- Vacunación previa

VARICELA

Es una infección exantemática causada por el **VIRUS DE LA VARICELA ZÓSTER**.

ETIOLOGIA

VIRUS VARICELA ZÓSTER (ADN BICATENARIO) - 18 cepas del virus de la varicela Zoster (conocido como Herpes Virus Humano 3).

- Altamente contagioso, única fuente está en el humano.

Incubación → 10-21 días antes de la aparición del exantema.

Vía de transmisión → gotitas de saliva o exudado vesicular con la mucosa respiratoria, conjuntiva o con la piel.

EPIDEMIOLOGIA

- Distribución mundial
- Tendencia estacional, zonas templadas es mayor en invierno y comienzos de primavera.
- 90% de los casos ocurren antes de los 9-13 años.
- Es rara la presentación en edad adulta
- La infección confiere inmunidad prolongada.

CLINICA

Pródromos 1-2 días antes del exantema con fiebre, malestar general, cefalea, anorexia y dolor abdominal

- EXANTEMA MACULOPAPULAR PRURIGINOSO
- 3-5 MM DIAMETRO CON HALO ERITEMATOSO
- RAPIDAMENTE EVOLUCIONA A VESÍCULA

DIAGNOSTICOS

Clínico → basándose en la erupción característica y el antecedente de exposición

OTROS:

- SEROLÓGICO
- TINCIÓN DE Tzanck: en el material vesicular se observan células gigantes multinucleadas
- Cultivo vesicular: se aísla el VZV que permite diagnóstico definitivo (raro)

- EN EMBARAZADAS E INMUNOCOMPROMETIDOS el cuadro clínico puede no ser el habitual, se requiere:
 - PCR, cultivo, Inmunofluorescencia directa o pruebas serológicas (ELISA)

TRATAMIENTO

1ra elección: Medidas Generales:

- EVITAR CUALQUIER ALIMENTO QUE GENERA HISTAMINA: huevo, condimentos, alcohol, mariscos, enlatados, cacahuates, nueces, almendras, piñones, avellanas, chocolates, cítricos y lácteos.
- EVITAR ASA → Síndrome de Reye
- No usar champú o jabones corporales
- REALIZAR BAÑOS COLOIDES que no excedan de media hora.
- Uso de CREMAS EMOLIENTES que contengan pocos conservadores y ningún perfume.

ACICLOVIR

Administrar dentro de las primeras 24 horas a los siguientes pacientes:

- Que haya tomado esteroides orales o inhalados (asmáticos) durante las últimas 2 semanas
- Menores de 1 año
- Tenga enfermedad cutánea crónica (eccema)
- Tenga enfermedad pulmonar crónica (fibrosis quística)
- Adolescente mayor a 13 años o adulto (para disminuir complicaciones es opcional)
- En inmunocompetentes es oral. En inmunosuprimidos es IV

RUBÉOLA

Es una enfermedad exantemática causada por un togavirus ARN del género rubivirus, caracterizada por erupción maculopapular. Conocida también como SARAMPIÓN ALEMÁN.

ETIOLOGÍA

TOGAVIRUS DEL GÉNERO RUBIVIRUS (ARN VIRUS)

- **PERIODO DE INCUBACIÓN** 14 – 21 días.
- El periodo infeccioso comprende desde 10 días antes hasta 7 días después del exantema.
- **El periodo más infeccioso es durante la erupción cutánea**

EPIDEMIOLOGÍA

- Altamente contagiosa
- Distribución mundial
- Se adquiere frecuentemente en la niñez
- Adquisición antes o durante el embarazo → anomalías congénitas en un 90% (ver tema de infecciones congénitas)

Se debe sospechar en los siguientes casos:

- Casos de brotes de rubeola
- Personas no vacunadas
- Enfermedad exantemática previa
- Asistencia a guarderías
- Inmunodeficiencia

CLÍNICA

El 50% de los infectados por el virus cursan asintomáticos.

FASE DE PRÓDROMOS

cuadro catarral leve, febrícula, conjuntivitis, manchas de Forcheimer en paladar blando, **linfadenopatía retroauricular y cervical**, dolorosas que aparecen previo al exantema.



Manchas de Forcheimer:
máculas puntiformes rojas que aparecen en la úvula y en el paladar duro y blando.
No es patognomónico, aparecen en la escalatina



FASE EXANTEMÁTICA

Aparición de exantema morbiliforme de evolución rápida, inicia en la región RETROAURICULAR y base de la implantación del pelo, con tendencia descendente y centrífuga. Afectando a todo el cuerpo.

- Su duración es típicamente de 3 días
- El 25-40% no lo presentan



Exantema maculopapular rojo-rosa que se agrupa formando áreas de color uniforme.

Distribución cefalocaudal descendente.

Conforme baja desaparece, en la cara puede haber prurito.

Descamación en láminas finas

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Si existe sospecha en embarazadas → ELISA, Inhibición Hemoaglutinación, Aglutinación Látex, Anticuerpos Inmunofluorescencia, Aislamiento del virus.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Para su diagnóstico definitivo se debe **aislar el virus** de la rubéola y **detectar anticuerpos específicos** (los IgM indican infección reciente)
- El 80 % son mal diagnosticados.

TRATAMIENTO

1ra elección → Medidas generales

Consiste en: aislamiento, control de fiebre, alimentación habitual, baño diario y **evitar contacto con mujeres embarazadas.**

- Niños no deben asistir a escuela hasta 7 días después de haber iniciado el exantema.

PRONÓSTICO

RUBEOLA EN EMBARAZADAS:

- Infección de las 8 SDG causa DEFECTOS CONGÉNITOS GRAVES EN UN 90%
- Infección entre 13-14 SDG causa defectos congénitos solo en 11%

- Infección después de los 4 meses es infrecuente que cause defectos.

Rubeola congénita: cataratas, retinopatía, glaucoma, conducto arterioso permeable, sordera neurosensorial, meningoencefalitis y retraso mental.

Se debe notificar todo caso a jurisdicción sanitaria.

COMPLICACIONES

Son poco frecuentes en la infancia

- Encefalitis (más frecuente)
- Artritis
- Púrpura trombocitopénica

PREVENCIÓN

Vacuna triple viral (SRP) protege contra esta enfermedad

VACUNA	1ERA DOSIS	2DA DOSIS
Triple Viral	12 meses	6 años

POLIOMIELITIS

La poliomielitis, también conocida como polio, es una **enfermedad viral altamente contagiosa que afecta principalmente a niños menores de 5 años**.

Está causada por el poliovirus, que afecta al sistema nervioso y puede **provocar parálisis irreversible**. La enfermedad puede ser leve o grave, dependiendo de la extensión de la invasión del sistema nervioso.

EPIDEMIOLOGIA

Transmisión:

- **Vía fecal-oral**, principalmente por agua o alimentos contaminados, aunque también por contacto directo con personas infectadas.

Grupos de riesgo:

- Niños menores de 5 años, no inmunizados.
- Personas que viven en condiciones de hacinamiento o en áreas con sistemas de saneamiento deficientes.

Brotos:

- La polio ha sido erradicada en muchas partes del mundo gracias a campañas de vacunación, pero aún persisten brotes en algunas regiones, especialmente en áreas con baja cobertura de vacunación.
- Los brotes pueden ocurrir en países donde la inmunización es insuficiente o interrumpida.

ETIOLOGIA

Poliovirus:

- Un virus de ARN perteneciente al género Enterovirus, de la familia **Picornaviridae**.

Existen tres serotipos del poliovirus: tipo 1, tipo 2 y tipo 3.

CLINICA

1. Síntomas iniciales:

- Fiebre, fatiga, dolor de cabeza, dolor en el cuello, vómitos y dolor muscular.

2. Síntomas neurológicos:

- Parálisis flácida, que afecta principalmente a las extremidades.
- En casos graves, parálisis respiratoria debido a la afectación de los músculos respiratorios.

3. Complicaciones graves:

- Parálisis permanente en los músculos afectados.
- Muerte por insuficiencia respiratoria en casos severos.

- La parálisis puede ser de un solo lado (parálisis unilateral) o afectar varios músculos a lo largo del cuerpo

DIAGNOSTICO

1. Clínico:

- Historia de síntomas como fiebre, dolor muscular y parálisis, especialmente en niños no vacunados.

2. Confirmación laboratorial:

- Cultivo de muestras de heces o muestras de garganta para aislar el poliovirus.
- PCR para detectar el ARN viral.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento antiviral específico para la poliomiелitis.

El manejo es principalmente de soporte, incluyendo:

- Rehabilitación física para mejorar la función muscular y prevenir contracturas.
- Respiradores en casos de parálisis respiratoria grave.
- Manejo del dolor con analgésicos y antiinflamatorios.

CONCLUSIÓN

En conclusión, las enfermedades prevenibles por vacunación son un desafío importante para la salud pública a nivel global. A pesar de los avances significativos en la prevención y control de estas enfermedades, todavía existen barreras importantes que impiden el acceso universal a las vacunas y la protección adecuada contra estas enfermedades.

Algunas de las estrategias clave para abordar las enfermedades prevenibles por vacunación incluyen:

- Fortalecer los sistemas de salud para garantizar el acceso universal a las vacunas y la atención médica.
- Mejorar la educación y la conciencia sobre la importancia de la vacunación y la prevención de enfermedades.
- Desarrollar y distribuir vacunas seguras y efectivas para prevenir enfermedades.
- Establecer políticas y programas para garantizar la vacunación universal y la protección adecuada contra enfermedades.

Es importante destacar que la vacunación no solo beneficia a la persona que se vacuna, sino también a la comunidad en general. Al vacunarse, las personas ayudan a prevenir la propagación de enfermedades y protegen a aquellos que no pueden vacunarse, como los niños pequeños, las personas con sistemas inmunológicos debilitados y los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

- MANUELES CTO: Pediatría (6ta edición). (s. f.).