

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Ángel Yahir Olán Ramos.

Parcial :4to

Nombre de la Materia: Crecimiento y desarrollo.

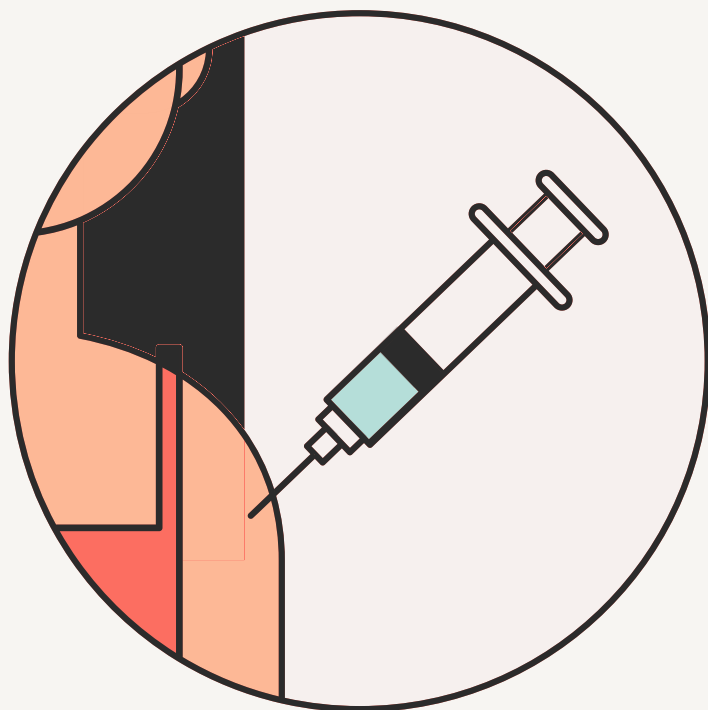
Nombre del profesor: Andrés Alonso Cancino García.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

7mo Semestre Grupo C

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

ANGEL YAHIR OLAN RAMOS





PROPOSITO

El presente manual tiene como objetivo proporcionar información clara, accesible y basada en evidencia sobre los métodos anticonceptivos disponibles, con el fin de promover decisiones informadas en la planificación familiar y la salud sexual.

Objetivos Específicos:

1. **Informar:** Brindar una descripción detallada de los diferentes métodos anticonceptivos (hormonales, de barrera, naturales, permanentes, etc.), incluyendo su funcionamiento, eficacia y posibles efectos secundarios.
2. **Empoderar:** Facilitar el acceso al conocimiento necesario para que cada persona o pareja pueda elegir el método más adecuado a sus necesidades, estilo de vida y preferencias personales.
3. **Prevenir:** Promover el uso correcto y constante de los métodos anticonceptivos para reducir el riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS).
4. **Incluir:** Proporcionar una guía inclusiva que contemple diversas realidades culturales, de género y orientación sexual.



Índice

1. Cólera
2. Tos Ferina
3. Difteria
4. Influenza
5. Neumococo
6. Tétanos
7. Tuberculosis
8. Parotiditis
9. Sarampión
10. Hepatitis (A, B y C)
11. Varicela
12. Rubéola
13. Poliomiелitis



INTRODUCCION

Las enfermedades infecciosas han representado históricamente un desafío crítico para la salud pública a nivel mundial. Estas patologías, causadas por diversos agentes como bacterias, virus, hongos y parásitos, han sido responsables de importantes epidemias y brotes que han marcado la historia de la humanidad. En la actualidad, gracias a los avances en medicina, se han desarrollado herramientas como las vacunas, los antibióticos y los antivirales, que han permitido la prevención y el tratamiento efectivo de muchas de estas enfermedades.

Este documento aborda un conjunto de enfermedades infecciosas relevantes en la práctica clínica y la salud pública, organizadas de manera sistemática para facilitar su comprensión. Cada enfermedad incluye información esencial sobre su definición, epidemiología, etiología, fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones basadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y otras fuentes científicas confiables.

El objetivo de esta recopilación es proporcionar un recurso útil tanto para profesionales de la salud como para estudiantes, que permita la aplicación de prácticas basadas en evidencia en el manejo de estas enfermedades. Entre las patologías analizadas se incluyen aquellas prevenibles mediante vacunación, como el sarampión, la rubéola, la poliomielitis y la varicela; enfermedades de impacto global como la tuberculosis y la hepatitis; y otras como el cólera, la influenza y el tétanos, que siguen siendo desafíos significativos en diversas regiones.

La organización de este material permite no solo un entendimiento integral de las enfermedades, sino también enfatizar la importancia de la prevención y el control, destacando el papel crucial de la vacunación y las estrategias de salud pública en la erradicación de enfermedades prevenibles y la reducción de su impacto global.



CONTENIDO

El documento aborda las siguientes enfermedades infecciosas con un enfoque estructurado y basado en evidencia. Para cada enfermedad, se incluyen los apartados de Definición, Epidemiología, Etiología, Fisiopatología, Clínica, Diagnóstico, Diagnóstico Diferencial, Tratamiento y Recomendaciones.

Se exploran enfermedades bacterianas como el Cólera, Tos Ferina, Difteria, Neumococo, y Tétanos, que destacan por su alta prevalencia y capacidad de producir complicaciones graves si no son tratadas de forma adecuada. Asimismo, se profundiza en infecciones virales importantes, incluyendo la Influenza, Sarampión, Rubéola, Varicela, Parotiditis, Poliomiелitis, y las distintas variantes de Hepatitis (A, B y C), todas ellas de relevancia clínica y epidemiológica en la salud pública global.

Por otro lado, se dedica un apartado especial a enfermedades de impacto global como la Tuberculosis, abordando no solo su manejo médico, sino también su importancia como un problema de salud pública prioritario.

El contenido se organiza de forma sistemática para facilitar la consulta y ofrecer información clara y actualizada sobre estas enfermedades, destacando los aspectos preventivos y las recomendaciones clínicas más importantes.



COLERA

Definición

El cólera se caracteriza por una diarrea acuosa profusa que puede llevar a deshidratación severa y, sin tratamiento adecuado, a la muerte. La transmisión ocurre principalmente por la ingesta de agua o alimentos contaminados con heces que contienen la bacteria.

Epidemiología

El cólera es endémico en varias regiones del mundo, incluyendo partes de África, Asia y América Latina. En México, ha habido brotes significativos en las décadas pasadas, con casos aislados en años recientes. La enfermedad está asociada con condiciones de saneamiento deficientes y falta de acceso a agua potable.

Etiología

El agente causal es *Vibrio cholerae*, una bacteria gramnegativa con forma de bacilo curvo. Los serogrupos O1 y O139 son los principales responsables de las epidemias de cólera.

Fisiopatología

Una vez ingerida, *Vibrio cholerae* coloniza el intestino delgado y produce la toxina colérica. Esta toxina induce una secreción masiva de agua y electrolitos hacia la luz intestinal, resultando en diarrea acuosa profusa.

Clínica

- Periodo de incubación: De 2 horas a 5 días.
- Síntomas principales:
 - Diarrea acuosa profusa: Conocida como “heces en agua de arroz”, sin sangre ni pus.
 - Vómitos: Frecuentes, sin náuseas previas.
 - Deshidratación: Signos como sed intensa, piel seca, pérdida de elasticidad ⁰¹ cutánea, ojos hundidos, hipotensión y taquicardia.



Laboratorios

- **Cultivo de heces:** Para aislar *Vibrio cholerae* y confirmar el diagnóstico.
- **Pruebas rápidas:** Utilizadas en situaciones de brotes o en áreas con recursos limitados.
- **Evaluación de electrolitos y gases en sangre:** Para determinar el grado de deshidratación y acidosis.

Diagnóstico Diferencial

- **Otras causas de diarrea aguda:**
 - Infecciones por *Escherichia coli* enterotoxigénica.
 - Infecciones por *Salmonella spp.*
 - Infecciones por *Shigella spp.*
 - Infecciones por *Rotavirus.*

Tratamiento Farmacológico

1. Rehidratación:

- **Oral:** Con soluciones de sales de rehidratación oral (SRO) para casos leves a moderados.
- **Intravenosa:** Con soluciones como Ringer Lactato en casos de deshidratación severa.

2. **Antibióticos:** Indicados en casos moderados a graves para reducir la duración de la diarrea y la excreción de la bacteria.

- **Doxiciclina:** Primera línea en adultos.
- **Azitromicina:** Alternativa en mujeres embarazadas y niños.

3. Manejo de complicaciones:

- Corrección de desequilibrios electrolíticos.
- Tratamiento de hipoglucemia en niños.

Recomendaciones

- **Saneamiento:** Mejorar el acceso a agua potable y garantizar la eliminación adecuada de excretas.
- **Higiene:** Promover el lavado de manos con agua y jabón, especialmente antes de preparar alimentos y después de ir al baño.
- **Alimentación segura:** Fomentar el consumo de alimentos bien cocidos y evitar aquellos preparados en condiciones insalubres.
- **Vacunación:** Considerar la vacunación en grupos de alto riesgo en áreas endémicas.

TOS FERINA

Definición

La tos ferina es una infección bacteriana que afecta las vías respiratorias, caracterizada por episodios de tos intensa que pueden dificultar la respiración. Es especialmente peligrosa en lactantes y niños pequeños.

Epidemiología

A pesar de la disponibilidad de vacunas eficaces, la tos ferina sigue siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad, especialmente en lactantes. La enfermedad es endémica en todo el mundo, con brotes frecuentes. Aunque puede afectar a personas de todas las edades, es más común en niños menores de 5 años.

Etiología

El agente causal de la tos ferina es la bacteria *Bordetella pertussis*, un cocobacilo gramnegativo que se transmite de persona a persona a través de las gotitas respiratorias expulsadas al toser o estornudar.

Fisiopatología

Tras la inhalación, *Bordetella pertussis* se adhiere al epitelio respiratorio y produce toxinas que dañan las células ciliadas, provocando inflamación y disminución de la capacidad de eliminar secreciones. Esto resulta en los característicos episodios de tos paroxística.

Clínica

La enfermedad progresa en tres fases:

1. Fase catarral (1-2 semanas):

- Síntomas inespecíficos similares a un resfriado común: rinorrea, estornudos, febrícula y tos leve.

2. Fase paroxística (2-6 semanas):

- Episodios de tos intensa y repetitiva, seguidos de una inspiración forzada que produce un sonido característico ("gallo" o "whoop").

- Vómitos post-tusígenos y agotamiento.

3. Fase de convalecencia (semanas a meses):

- Disminución gradual de la frecuencia y severidad de los episodios de tos.

Laboratorios

- Cultivo nasofaríngeo: Considerado el estándar de oro para el diagnóstico, aunque su sensibilidad disminuye después de las primeras semanas de enfermedad.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Prueba rápida y sensible para detectar material genético de *B. pertussis*.
- Serología: Útil en fases tardías para detectar anticuerpos contra toxinas de *B. pertussis*.

Diagnóstico Diferencial

- Infecciones virales respiratorias (p. ej., adenovirus, virus sincitial respiratorio).
- Asma.
- Bronquitis.
- Cuerpo extraño en vías respiratorias.

Tratamiento Farmacológico

1. Antibióticos:

- Macrólidos: Azitromicina, claritromicina o eritromicina son de elección para eliminar la bacteria y reducir la transmisión.
- Alternativas: En caso de alergia a macrólidos, se puede considerar trimetoprima-sulfametoxazol.

2. Medidas de soporte:

- Oxigenoterapia en casos de dificultad respiratoria.
- Hidratación adecuada.
- Monitoreo en lactantes para detectar apneas.

Recomendaciones

- Vacunación: La inmunización es la principal medida preventiva. Se recomienda la vacunación según el calendario nacional, incluyendo dosis en la infancia y refuerzos en la adolescencia y edad adulta. La vacunación durante el embarazo es esencial para proteger al recién nacido.
- Aislamiento: Los pacientes deben evitar el contacto cercano con personas no inmunizadas, especialmente lactantes, hasta completar al menos cinco días de tratamiento antibiótico.
- Notificación: La tos ferina es una enfermedad de notificación obligatoria; los casos deben ser reportados a las autoridades sanitarias para el control de brotes.

DIFTERIA

Definición

La difteria es una infección bacteriana caracterizada por la formación de pseudomembranas en las mucosas de las vías respiratorias superiores, especialmente en la faringe y las amígdalas. La toxina producida por la bacteria puede causar complicaciones sistémicas graves, como miocarditis y neuropatías.

Epidemiología

Aunque la vacunación ha reducido significativamente la incidencia de la difteria en muchas regiones, la enfermedad sigue siendo endémica en algunos países de Asia, el Pacífico Sur, Oriente Medio y Europa del Este. La susceptibilidad ha aumentado en áreas donde las tasas de inmunización de refuerzo están disminuyendo en los adultos.

Etiología

El agente causal es *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo grampositivo que se transmite principalmente a través de gotículas respiratorias expulsadas al toser o estornudar. También puede transmitirse por contacto directo con lesiones cutáneas infectadas o con objetos contaminados.

Fisiopatología

Tras la infección, *C. diphtheriae* se multiplica en las vías respiratorias superiores, produciendo una toxina que inhibe la síntesis proteica en las células huésped. Esto conduce a la formación de pseudomembranas y puede causar daño en órganos distantes, como el corazón y el sistema nervioso, debido a la diseminación de la toxina por vía hematógena.

Clínica

- Periodo de incubación: Generalmente de 1 a 5 días.
- Síntomas locales:
 - Dolor de garganta.
 - Fiebre moderada.
 - Presencia de pseudomembranas grisáceas en la faringe, amígdalas o laringe, firmemente adheridas y que pueden sangrar al intentar removerlas.
- Disfagia y adenopatías cervicales, pudiendo progresar a edema de cuello de gran tamaño.

Laboratorios

- Cultivo de muestras: Se recomienda tomar muestras de las lesiones de piel y mucosas para cultivo y pruebas de toxigenicidad.
- Pruebas de toxigenicidad: Para confirmar la producción de toxina por parte de la bacteria aislada.
- Serología: Puede ser útil en algunos casos para detectar anticuerpos antitoxina.

Diagnóstico Diferencial

- Faringitis estreptocócica.
- Mononucleosis infecciosa.
- Angina de Vincent.
- Candidiasis oral.

Tratamiento Farmacológico

1. Antitoxina Diftérica (ATD):
 - Debe administrarse lo antes posible para neutralizar la toxina circulante. La dosis depende de la gravedad y duración de la enfermedad.
2. Antibióticos:
 - Eritromicina: 40-50 mg/kg/día en 4 dosis divididas (máximo 2 g/día) durante 14 días.
 - Penicilina G procaínica: 100,000 a 150,000 UI/kg/día IM en 2 dosis divididas (máximo 2.4 millones UI/día) durante 14 días.
3. Medidas de soporte:
 - Monitoreo cardíaco para detectar arritmias.
 - Manejo de la obstrucción de las vías respiratorias, que puede incluir la intubación o traqueotomía en casos severos.

Recomendaciones

- Vacunación: La inmunización activa de la población general es eficaz para controlar la transmisión de infecciones por difteria. Se recomienda la vacunación según el calendario nacional, incluyendo dosis de refuerzo en adultos.
- Aislamiento: Los pacientes deben ser aislados para prevenir la transmisión nosocomial. Las precauciones estándar y medidas para evitar el contagio por contacto y gotículas (lavado de manos, guantes, bata, mascarilla) son esenciales.
- Notificación: La difteria es una enfermedad de notificación obligatoria; los casos deben ser reportados a las autoridades sanitarias para el control de brotes.

INFLUENZA

Definición

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por los virus de la influenza, caracterizada por fiebre, tos, cefalea, malestar general y síntomas respiratorios que pueden variar desde leves hasta graves. Los virus de la influenza se clasifican en tipos A, B y C, siendo los tipos A y B los más relevantes en términos de salud pública.

Epidemiología

La influenza ocurre en brotes estacionales, principalmente durante los meses de invierno. Afecta a personas de todas las edades, pero los grupos de mayor riesgo incluyen niños pequeños, adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con condiciones médicas crónicas. La transmisión es principalmente por vía respiratoria, a través de gotículas expulsadas al toser o estornudar.

Etiología

Los virus de la influenza pertenecen a la familia Orthomyxoviridae y se clasifican en:

- Influenza A: Infecta a humanos y animales; es responsable de las pandemias y epidemias más graves.
- Influenza B: Principalmente infecta a humanos; causa epidemias más moderadas.
- Influenza C: Infecta a humanos y cerdos; generalmente causa enfermedades leves y no se asocia con epidemias significativas.

La variabilidad genética de los virus de influenza, especialmente del tipo A, conduce a la aparición de nuevas cepas que pueden evadir la inmunidad preexistente en la población.

Fisiopatología

Tras la inhalación, los virus de la influenza se adhieren a las células epiteliales del tracto respiratorio mediante la hemaglutinina, una glicoproteína de superficie. Una vez dentro de la célula, el virus se replica, lo que lleva a la destrucción celular y a la liberación de mediadores inflamatorios. Esta respuesta inflamatoria es responsable de los síntomas sistémicos y locales de la enfermedad.

Clínica

- Periodo de incubación: 1 a 4 días.
- Síntomas:
 - Generales: Fiebre de inicio súbito, escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias y malestar general.
 - Respiratorios: Tos seca, odinofagia, congestión nasal y rinorrea.
 - Gastrointestinales: Más comunes en niños; pueden incluir náuseas, vómitos y diarrea.

La mayoría de los pacientes se recupera en una a dos semanas sin necesidad de tratamiento médico. Sin embargo, en ciertos grupos de riesgo, la influenza puede conducir a complicaciones graves, como neumonía viral primaria, neumonía bacteriana secundaria, exacerbación de enfermedades crónicas y, en casos severos, la muerte.

Laboratorios

- Pruebas diagnósticas:
 - Pruebas rápidas de detección de antígenos: Ofrecen resultados en menos de 30 minutos, pero con sensibilidad variable.
 - RT-PCR: Considerada el estándar de oro; alta sensibilidad y especificidad, pero requiere más tiempo y recursos.
 - Cultivo viral: Útil para la confirmación y estudios epidemiológicos, aunque su uso clínico es limitado por el tiempo que requiere.

Se recomienda realizar pruebas de influenza a todos los pacientes que sean admitidos en un hospital con la sospecha de que podrían tener influenza.

Diagnóstico Diferencial

- Resfriado común.
- Faringitis estreptocócica.
- Neumonía bacteriana.
- COVID-19.

Tratamiento Farmacológico

1. Antivirales:

- Inhibidores de la neuraminidasa:
 - Oseltamivir: 75 mg cada 12 horas por 5 días para adultos; en niños, la dosis se ajusta según el peso.
 - Zanamivir: 10 mg (dos inhalaciones) cada 12 horas por 5 días; contraindicado en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
- Inhibidores de la endonucleasa:
 - Baloxavir marboxil: Dosis única; su uso depende de la disponibilidad y aprobación en cada país.

El tratamiento antiviral es más efectivo cuando se inicia dentro de las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas, pero puede considerarse en fases posteriores en casos de enfermedad grave o en pacientes de alto riesgo.

2. Medidas de soporte:

- Reposo.
- Hidratación adecuada.
- Antipiréticos y analgésicos para el control de la fiebre y el dolor; se debe evitar el uso de ácido acetilsalicílico en niños y adolescentes debido al riesgo de síndrome de Reye.

Recomendaciones

- Vacunación: La inmunización anual es la medida más efectiva para prevenir la influenza y sus complicaciones.

NEUMOCOCO

Definición

El neumococo es un diplococo grampositivo encapsulado que puede causar infecciones en diferentes sistemas del cuerpo humano, siendo la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) una de las manifestaciones más comunes y graves.

Epidemiología

El *Streptococcus pneumoniae* es una de las principales causas de neumonía bacteriana en adultos y niños. La incidencia de infecciones neumocócicas es mayor en niños menores de 5 años, adultos mayores de 65 años y personas con condiciones médicas subyacentes como enfermedades crónicas o inmunosupresión. La transmisión ocurre principalmente a través de gotas respiratorias.

Etiología

El neumococo es el agente etiológico más común en la neumonía adquirida en la comunidad. Existen más de 90 serotipos identificados, pero un número limitado de ellos es responsable de la mayoría de las infecciones invasivas. La colonización nasofaríngea es un paso previo esencial para la infección, y factores como la virulencia del serotipo y la respuesta inmune del huésped determinan la progresión a enfermedad invasiva.

Fisiopatología

La infección neumocócica comienza con la colonización de la nasofaringe. Desde allí, la bacteria puede diseminarse a los senos paranasales, el oído medio o los pulmones, causando infecciones locales. En casos más graves, el neumococo puede ingresar al torrente sanguíneo y diseminarse a otros órganos, como el sistema nervioso central, provocando meningitis. La cápsula polisacárida del neumococo es un factor de virulencia clave que le permite evadir la fagocitosis y facilita la invasión tisular.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de la infección neumocócica varían según el sitio de infección:

- Neumonía: Fiebre alta, escalofríos, tos productiva con esputo purulento o hemoptoico, dolor torácico pleurítico y disnea.
- Meningitis: Fiebre, cefalea intensa, rigidez de nuca, alteración del estado mental y signos neurológicos focales.
- Otitis media: Dolor de oído, fiebre e irritabilidad en niños.
- Sepsis: Fiebre, hipotensión, taquicardia y signos de disfunción orgánica múltiple en casos graves.



Laboratorios

El diagnóstico de las infecciones neumocócicas se basa en:

- Cultivo: Aislamiento de *S. pneumoniae* en muestras estériles como sangre, líquido cefalorraquídeo o líquido pleural.
- Antígenos neumocócicos: Detección en orina o líquido cefalorraquídeo, útil en casos donde el cultivo es negativo o no se dispone de muestras adecuadas.
- Hemograma: Leucocitosis con desviación a la izquierda en infecciones agudas.
- Radiografía de tórax: Infiltrados lobares o consolidaciones en casos de neumonía.

Diagnóstico Diferencial

Las infecciones neumocócicas deben diferenciarse de otras etiologías bacterianas y virales que pueden presentar cuadros clínicos similares, como:

- Neumonía: *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, virus respiratorios.
- Meningitis: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo b, enterovirus.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento de las infecciones neumocócicas depende de la localización de la infección y la gravedad del cuadro clínico:

- Neumonía adquirida en la comunidad:
 - Pacientes ambulatorios sin comorbilidades: Amoxicilina 1 g cada 8 horas por vía oral.
 - Pacientes con comorbilidades o factores de riesgo: Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg cada 12 horas, asociado a un macrólido como azitromicina 500 mg el primer día y luego 250 mg diarios.
- Meningitis: Ceftriaxona 2 g cada 12 horas por vía intravenosa, asociada a vancomicina en casos de sospecha de resistencia.
- Otitis media aguda: Amoxicilina 80-90 mg/kg/día dividida en dos dosis.

Es fundamental considerar la resistencia antibiótica local al seleccionar el tratamiento empírico y ajustar según los resultados de cultivos y pruebas de sensibilidad.

Recomendaciones

- Vacunación: La inmunización con vacunas conjugadas neumocócicas (PCV13) y polisacáridas (PPSV23) es esencial para prevenir infecciones neumocócicas, especialmente en poblaciones de riesgo como niños menores de 5 años, adultos mayores de 65 años y personas con condiciones médicas subyacentes.

TETANOS

Definición

El tétanos es una enfermedad no contagiosa caracterizada por espasmos musculares dolorosos y rigidez, resultantes de la acción de la toxina tetanospasmina en el sistema nervioso central.

Epidemiología

Aunque la incidencia del tétanos ha disminuido significativamente en países con programas de vacunación efectivos, sigue siendo un problema de salud pública en regiones donde la cobertura vacunal es insuficiente. El tétanos neonatal es particularmente preocupante en áreas con prácticas de parto no higiénicas y falta de inmunización materna.

Etiología

El agente etiológico del tétanos es *Clostridium tetani*, una bacteria que produce esporas resistentes en condiciones adversas. La infección ocurre cuando las esporas contaminan heridas, especialmente en entornos con poca oxigenación, permitiendo la germinación de la bacteria y la producción de toxinas.

Fisiopatología

La tetanospasmina, una potente neurotoxina producida por *C. tetani*, se disemina desde el sitio de infección a través de las neuronas motoras hasta el sistema nervioso central. Allí, inhibe la liberación de neurotransmisores inhibitorios, como el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la glicina, lo que resulta en una hiperexcitabilidad neuronal y contracciones musculares incontroladas.

Clínica

Los síntomas del tétanos suelen aparecer entre 3 y 21 días después de la infección. Las manifestaciones clínicas incluyen:

- Trismo: Espasmo de los músculos de la mandíbula que dificulta la apertura de la boca.
- Risa sardónica: Contracción sostenida de los músculos faciales que produce una expresión característica.
- Opistótonos: Espasmos musculares que provocan una postura arqueada del cuerpo.
- Espasmos generalizados: Contracciones musculares dolorosas desencadenadas por estímulos mínimos.
- Disfagia: Dificultad para tragar.
- Fiebre y sudoración.
- Alteraciones autonómicas: Cambios en la presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Fiebre y sudoración.
- Alteraciones autonómicas: Cambios en la presión arterial y frecuencia cardíaca.



Laboratorios

El diagnóstico del tétanos es principalmente clínico, ya que no existen pruebas de laboratorio específicas para confirmarlo. Sin embargo, pueden realizarse estudios complementarios para descartar otras patologías:

- Hemograma: Puede mostrar leucocitosis inespecífica.
- Electrolitos séricos: Para evaluar desequilibrios metabólicos.
- Estudios de imagen: Para descartar otras causas de espasmos musculares.

Diagnóstico Diferencial

El tétanos debe diferenciarse de otras condiciones que presentan espasmos musculares o rigidez, tales como:

- Meningitis: Inflamación de las meninges que puede causar rigidez nuchal.
- Rabia: Enfermedad viral que provoca espasmos musculares y síntomas neurológicos.
- Síndrome neuroléptico maligno: Reacción adversa a medicamentos antipsicóticos que causa rigidez muscular y fiebre.
- Hipocalcemia: Niveles bajos de calcio que pueden inducir tetania.

Tratamiento Farmacológico

El manejo del tétanos incluye:

- Inmunoglobulina antitetánica (IGAT): Neutraliza la toxina circulante.
- Vacunación: Administrar toxoide tetánico para inducir inmunidad activa.
- Antibióticos: Metronidazol es el de elección para erradicar *C. tetani*.
- Control de espasmos musculares: Benzodiazepinas como diazepam para reducir la actividad muscular.
- Soporte vital: En casos graves, puede ser necesaria la ventilación mecánica y cuidados intensivos.

Recomendaciones

- Profilaxis: La vacunación con toxoide tetánico es esencial para prevenir el tétanos. Se recomienda un esquema de vacunación completo con refuerzos periódicos cada 10 años.
- Atención de heridas: El manejo adecuado y la limpieza de heridas son cruciales para prevenir la infección por *C. tetani*.
- Educación sanitaria: Promover prácticas de parto higiénicas y la inmunización materna para prevenir el tétanos neonatal.

La prevención mediante la vacunación y la atención adecuada de las heridas son las estrategias más efectivas para controlar y eliminar el tétanos.

TUBERCULOSIS

Definición

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa producida por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que es prevenible y curable.

Epidemiología

La TB es un problema de salud pública en México, con una incidencia significativa en diversas regiones. Factores como la pobreza, el hacinamiento y la coinfección con VIH aumentan el riesgo de transmisión y desarrollo de la enfermedad.

Etiología

El agente etiológico es *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria aerobia estricta, de crecimiento lento y resistente a la desecación. Se transmite principalmente por vía aérea a través de gotículas expulsadas al toser, estornudar o hablar.

Fisiopatología

Tras la inhalación, los bacilos alcanzan los alvéolos pulmonares, donde son fagocitados por macrófagos. La mayoría de las veces, el sistema inmunológico controla la infección; sin embargo, en algunos casos, las bacterias pueden multiplicarse y propagarse, llevando a la formación de granulomas y, eventualmente, a la enfermedad activa.

Clínica

Los síntomas de la TB pulmonar incluyen:

- Tos persistente: Generalmente productiva y de más de dos semanas de duración.
- Fiebre: Usualmente vespertina.
- Sudoración nocturna.
- Pérdida de peso.
- Hemoptisis: En casos avanzados.

Es importante considerar la TB en pacientes con síntomas respiratorios crónicos, especialmente en áreas de alta endemicidad.

TUBERCULOSIS

Laboratorios y Diagnóstico

El diagnóstico de TB pulmonar se basa en:

- Baciloscopia de esputo: Identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes.
- Cultivo de esputo: Considerado el estándar de oro para confirmar el diagnóstico.
- Radiografía de tórax: Puede mostrar infiltrados, cavitaciones u otras lesiones sugestivas.
- Prueba de tuberculina (PPD): Útil en ciertos contextos, aunque no distingue entre infección latente y enfermedad activa.

La combinación de hallazgos clínicos, radiológicos y microbiológicos es esencial para un diagnóstico preciso.

Diagnóstico Diferencial

Debe diferenciarse de otras enfermedades que presentan síntomas similares, como:

- Neumonía bacteriana.
- Cáncer de pulmón.
- Infecciones micóticas.
- Sarcoidosis.

Una evaluación exhaustiva es crucial para descartar estas condiciones.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento estándar para la TB pulmonar incluye:

- Fase intensiva: Dos meses de isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
- Fase de continuación: Cuatro meses de isoniazida y rifampicina.

Es fundamental asegurar la adherencia al tratamiento para prevenir recaídas y el desarrollo de resistencia.

Recomendaciones

- Detección temprana: Identificar y tratar casos activos para reducir la transmisión.
- Quimioprofilaxis: Considerar en contactos cercanos y personas con infección latente en riesgo de progresión.
- Vacunación BCG: Recomendada en recién nacidos para prevenir formas graves de TB en la infancia.
- Educación sanitaria: Informar sobre la importancia de completar el tratamiento y medidas para evitar la transmisión.

PAROTIDITIS

Definición

La parotiditis es una infección viral sistémica que provoca la inflamación dolorosa de las glándulas salivales, principalmente las parótidas. Es causada por el virus de la parotiditis, perteneciente a la familia Paramyxoviridae.

Epidemiología

La parotiditis es una enfermedad de distribución mundial, con mayor incidencia al final del invierno y principio de la primavera. Aunque la vacunación ha reducido significativamente su incidencia, aún pueden ocurrir brotes, especialmente en comunidades con bajas tasas de inmunización.

Etiología

El agente etiológico es el virus de la parotiditis, un paramixovirus que se transmite principalmente a través de gotas respiratorias, contacto directo con secreciones infectadas o fómites contaminados. El virus puede aislarse en saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad.

Fisiopatología

Tras la infección, el virus se replica en la mucosa del tracto respiratorio superior y se disemina hematógicamente a diversos tejidos, con predilección por las glándulas salivales. La inflamación de las glándulas parótidas es la manifestación más característica, aunque otros órganos pueden verse afectados, como los testículos, el páncreas y el sistema nervioso central.

Clínica

Los síntomas suelen aparecer entre 16 y 18 días después de la exposición al virus e incluyen:

- Fiebre.
- Cefalea.
- Malestar general.
- Edema y dolor en una o ambas glándulas parótidas, que puede durar entre 7 y 10 días.

En algunos casos, pueden presentarse complicaciones como orquitis en varones postpuberales, meningitis aséptica y, raramente, pancreatitis.



Laboratorios y Diagnóstico

El diagnóstico de la parotiditis es principalmente clínico, basado en la presentación típica de inflamación de las glándulas parótidas. Sin embargo, en casos atípicos o para confirmar la infección, pueden realizarse pruebas de laboratorio como:

- Detección de anticuerpos IgM específicos contra el virus de la parotiditis.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para identificar el ARN viral en muestras de saliva, orina o líquido cefalorraquídeo.

La PCR es el método diagnóstico más sensible y específico, especialmente en individuos vacunados.

Diagnóstico Diferencial

Es importante diferenciar la parotiditis de otras condiciones que pueden causar inflamación de las glándulas salivales, tales como:

- Sialoadenitis bacteriana.
- Sialolitiasis (piedras en los conductos salivales).
- Tumores de las glándulas salivales.
- Enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren.

Una anamnesis detallada y la exploración física, junto con estudios de imagen como la ecografía, pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

Tratamiento Farmacológico

No existe un tratamiento antiviral específico para la parotiditis. El manejo es principalmente sintomático e incluye:

- Antipiréticos y analgésicos para aliviar la fiebre y el dolor.
- Hidratación adecuada.
- Reposo.
- Aplicación de compresas frías en las áreas inflamadas para reducir el edema y el dolor.

En casos de orquitis, se recomienda el uso de suspensorios escrotales y antiinflamatorios.

Recomendaciones

- Vacunación: La vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) es la principal medida preventiva y se recomienda su administración según los calendarios de vacunación establecidos.
- Aislamiento: Se aconseja que los pacientes con parotiditis eviten acudir a lugares públicos, como escuelas o trabajos, durante al menos 5 días después del inicio de los síntomas para reducir la transmisión.
- Notificación: La parotiditis es una enfermedad de declaración obligatoria en muchos países; por lo tanto, es importante notificar los casos a las autoridades sanitarias correspondientes.

La implementación de estas medidas es esencial para el control y la prevención de la parotiditis en la comunidad.

SARAMPION

Definición

El sarampión es una enfermedad exantemática aguda muy contagiosa, producida por el virus del sarampión, caracterizada por un período prodrómico febril con manifestaciones respiratorias y un enantema específico, seguidas de una erupción maculopapulosa generalizada.

Epidemiología

El sarampión es una enfermedad de distribución mundial, con mayor incidencia en niños menores de 5 años. Aunque la vacunación ha reducido significativamente su incidencia, aún pueden ocurrir brotes, especialmente en comunidades con bajas tasas de inmunización.

Etiología

El agente etiológico es el virus del sarampión, un paramixovirus que se transmite principalmente a través de gotas respiratorias, contacto directo con secreciones infectadas o fómites contaminados. El virus puede aislarse en saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad.

Fisiopatología

Tras la inhalación, el virus se replica en la mucosa del tracto respiratorio superior y se disemina hematógicamente a diversos tejidos, con predilección por las vías respiratorias y la piel. La inflamación de las vías respiratorias y la piel es la manifestación más característica.

Clínica

Los síntomas suelen aparecer entre 8 y 12 días después de la exposición al virus e incluyen:

- Fiebre alta.
- Tos.
- Rinitis.
- Conjuntivitis.
- Manchas de Koplik: pequeñas manchas blancas en la mucosa oral.
- Exantema maculopapuloso: que comienza en la cara y cuello, y se va extendiendo gradualmente al resto del cuerpo.



Laboratorios y Diagnóstico

El diagnóstico de sarampión es principalmente clínico, basado en la presentación típica de síntomas y signos. Sin embargo, en casos atípicos o para confirmar la infección, pueden realizarse pruebas de laboratorio como:

- Detección de anticuerpos IgM específicos contra el virus del sarampión.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para identificar el ARN viral en muestras de saliva, orina o líquido cefalorraquídeo.

La PCR es el método diagnóstico más sensible y específico, especialmente en individuos vacunados.

Diagnóstico Diferencial

Es importante diferenciar el sarampión de otras condiciones que pueden causar síntomas similares, tales como:

- Rubeola.
- Escarlatina.
- Infecciones virales respiratorias.

Una anamnesis detallada y la exploración física, junto con estudios de laboratorio, pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

Tratamiento Farmacológico

No existe un tratamiento antiviral específico para el sarampión. El manejo es principalmente sintomático e incluye:

- Antipiréticos y analgésicos para aliviar la fiebre y el dolor.
- Hidratación adecuada.
- Reposo.
- Aplicación de compresas frías en las áreas inflamadas para reducir el edema y el dolor.

En casos de complicaciones como neumonía o encefalitis, puede ser necesario el uso de antibióticos o antivirales específicos, según la indicación médica.

Recomendaciones

- Vacunación: La vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) es la principal medida preventiva y se recomienda su administración según los calendarios de vacunación establecidos.
- Aislamiento: Se aconseja que los pacientes con sarampión eviten acudir a lugares públicos, como escuelas o trabajos, durante al menos 5 días después del inicio de los síntomas para reducir la transmisión.
- Notificación: El sarampión es una enfermedad de declaración obligatoria en muchos países; por lo tanto, es importante notificar los casos a las autoridades sanitarias correspondientes.

La implementación de estas medidas es esencial para el control y la prevención del sarampión en la comunidad.

HEPATITIS

Definición

La hepatitis es una inflamación del hígado que puede ser causada por infecciones virales, consumo excesivo de alcohol, medicamentos y enfermedades autoinmunes. Los virus de la hepatitis A, B, C, D y E son los principales responsables de las infecciones virales.

Epidemiología

La hepatitis viral es una de las principales causas de enfermedad hepática en todo el mundo. La hepatitis A y E suelen ser autolimitadas y se transmiten por vía fecal-oral, mientras que la hepatitis B, C y D pueden volverse crónicas y se transmiten por contacto con sangre o fluidos corporales infectados. La prevalencia varía según la región y el tipo de virus.

Etiología

Los principales virus que causan hepatitis son:

- Hepatitis A (VHA): Virus ARN de la familia Picornaviridae.
- Hepatitis B (VHB): Virus ADN de la familia Hepadnaviridae.
- Hepatitis C (VHC): Virus ARN de la familia Flaviviridae.
- Hepatitis D (VHD): Virus ARN defectivo que requiere la presencia del VHB para su replicación.
- Hepatitis E (VHE): Virus ARN de la familia Hepeviridae.

La transmisión varía según el tipo de virus:

- VHA y VHE: Transmisión fecal-oral, a menudo a través de agua o alimentos contaminados.
- VHB, VHC y VHD: Transmisión parenteral, sexual y de madre a hijo.

Fisiopatología

La infección por los virus de la hepatitis provoca una respuesta inflamatoria en el hígado, que puede variar desde una hepatitis autolimitada hasta una enfermedad crónica con progresión a cirrosis y carcinoma hepatocelular. La gravedad de la enfermedad depende de factores como el tipo de virus, la respuesta inmune del huésped y la presencia de comorbilidades.

Clínica

Los síntomas pueden variar desde asintomáticos hasta manifestaciones graves, e incluyen:

• Fase aguda:

- Fiebre.
- Ictericia.
- Fatiga.
- Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- Náuseas y vómitos.

• Fase crónica:

- Fatiga persistente.
- Ictericia intermitente.
- Hepatomegalia.
- Ascitis y signos de insuficiencia hepática en etapas avanzadas.



Laboratorios y Diagnóstico

El diagnóstico se basa en:

- Pruebas serológicas:
 - Detección de antígenos y anticuerpos específicos para cada tipo de hepatitis.
- Pruebas de función hepática:
 - Niveles de transaminasas (ALT y AST).
 - Bilirrubina total y directa.
 - Albúmina y tiempo de protrombina.
- Pruebas de imagen:
 - Ecografía abdominal para evaluar el tamaño y la textura del hígado.
- Biopsia hepática:
 - En casos seleccionados para evaluar la extensión del daño hepático.

Diagnóstico Diferencial

Es importante diferenciar la hepatitis viral de otras condiciones que pueden presentar síntomas similares, como:

- Hepatitis alcohólica.
- Hepatitis autoinmune.
- Hepatitis medicamentosa.
- Hepatitis isquémica.

Una anamnesis detallada, junto con pruebas serológicas y de función hepática, son esenciales para un diagnóstico preciso.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento varía según el tipo de hepatitis:

- Hepatitis A y E:
 - Generalmente autolimitadas; el tratamiento es sintomático.
- Hepatitis B:
 - Antivirales como tenofovir o entecavir en casos crónicos.
- Hepatitis C:
 - Tratamiento con antivirales de acción directa (DAAs) que han mostrado altas tasas de curación.
- Hepatitis D:
 - El tratamiento se centra en la hepatitis B, ya que el VHD depende del VHB para su replicación.

Es fundamental individualizar el tratamiento según las características del paciente y la sever

VARICELA

Varicela:

La varicela es una infección viral altamente contagiosa causada por el virus varicela-zóster (VVZ), un miembro de la familia Herpesviridae. Se caracteriza por la aparición de una erupción cutánea pruriginosa, formada por vesículas, y se acompaña de síntomas generales como fiebre, malestar y fatiga. La varicela generalmente afecta a niños, aunque puede presentarse en adultos, donde la enfermedad puede ser más severa. El virus tiene la capacidad de permanecer latente en el sistema nervioso y reactivarse años después como herpes zóster.

Epidemiología

La varicela es una enfermedad de distribución mundial. En climas templados, más del 90% de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años de edad. En regiones tropicales, la varicela suele presentarse a edades más tardías debido a la inestabilidad del virus ante el calor. Es especialmente común en niños, pero las complicaciones pueden ser más graves en adultos y personas inmunocomprometidas.

Etiología

El agente causal es el **virus varicela-zóster (VVZ)**, un virus de ADN de la familia **Herpesviridae**. Este virus se transmite principalmente por contacto directo con las lesiones cutáneas de una persona infectada o por gotículas respiratorias. Tras la infección primaria, el virus permanece latente en los ganglios sensitivos de la médula espinal y puede reactivarse años después como herpes zóster.

Fisiopatología

La varicela se adquiere por inhalación de gotículas respiratorias o contacto directo con las lesiones de una persona infectada. El virus se replica en las vías respiratorias superiores y luego se disemina a través de la sangre, alcanzando la piel y otros órganos, donde causa la erupción característica. Tras la infección primaria, el virus se establece en un estado latente en los ganglios sensoriales y puede reactivarse en el futuro, especialmente en condiciones de inmunosupresión o envejecimiento.

Clínica

La varicela se presenta con los siguientes síntomas:

1. **Fase inicial:** Fiebre, malestar general, dolor de cabeza y pérdida de apetito.
2. **Erupción cutánea:** Aparecen pápulas rojizas que evolucionan a vesículas llenas de líquido y luego se convierten en costras.
 - Las lesiones pueden estar en diferentes etapas de desarrollo simultáneamente.
 - Se localizan principalmente en la cara, tronco, y extremidades.

La enfermedad suele ser autolimitada en niños, pero puede ser más grave en adultos, con complicaciones como neumonía, encefalitis o infecciones bacterianas secundarias.



Diagnóstico

El diagnóstico de la varicela es principalmente clínico, basado en los síntomas característicos y la historia de exposición al virus. En casos atípicos o complicados, pueden realizarse pruebas de laboratorio, como la PCR para detectar el ADN del virus, o pruebas serológicas para identificar anticuerpos específicos de varicela.

Tratamiento

El tratamiento de la varicela es principalmente sintomático. En personas inmunocompetentes, se recomienda:

- Uso de antipiréticos (paracetamol) para controlar la fiebre.
- Antihistamínicos para aliviar el picor.
- Lociones tópicas o baños de avena para reducir el malestar de las lesiones cutáneas.

En casos graves o en personas inmunocomprometidas, se pueden utilizar antivirales, como el aciclovir, para reducir la gravedad y duración de la enfermedad.

Prevención

La prevención de la varicela se logra principalmente mediante la vacunación. La vacuna contra la varicela es segura y eficaz, y se recomienda su administración en la infancia (generalmente a los 12-15 meses de edad y una segunda dosis entre los 4-6 años). En individuos susceptibles que han estado expuestos al virus, se puede administrar inmunoglobulina específica para prevenir o atenuar la enfermedad.

Complicaciones

Aunque la varicela es generalmente benigna en niños sanos, puede provocar complicaciones graves en adultos y personas con sistemas inmunitarios comprometidos. Las complicaciones más comunes incluyen:

- Neumonía varicelosa.
- Encefalitis.
- Infecciones bacterianas secundarias de la piel o en otros órganos.

En adultos, la varicela es más probable que cause complicaciones graves, por lo que se recomienda la vacunación en aquellos que no han sido infectados en la infancia.

Conclusión

La varicela es una enfermedad común en la infancia que, aunque generalmente leve, puede tener complicaciones serias en ciertos grupos de riesgo. La vacunación ha reducido significativamente la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones, siendo una medida clave en su prevención.

RUBÉOLA

Rubéola

La rubéola es una infección viral contagiosa que se caracteriza por una erupción cutánea característica y síntomas generales como fiebre baja y malestar. Aunque suele ser leve en niños, puede tener consecuencias graves si una mujer embarazada se infecta, ya que puede provocar el síndrome de rubéola congénita en el feto.

Epidemiología

La rubéola es una enfermedad de distribución mundial. Antes de la introducción de la vacunación masiva, la incidencia era alta, especialmente en niños. Actualmente, en países con programas de vacunación efectivos, la incidencia es extremadamente baja. Sin embargo, en regiones donde la cobertura vacunal es insuficiente, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública.

Etiología

El agente causal de la rubéola es el virus de la rubéola, un virus ARN de la familia Togaviridae. Se transmite principalmente a través de gotículas respiratorias cuando una persona infectada tose o estornuda. La transmisión puede ocurrir desde una semana antes hasta una semana después de la aparición de la erupción.

Fisiopatología

Tras la inhalación de gotículas respiratorias, el virus de la rubéola se replica en las vías respiratorias superiores y luego se disemina a través de la sangre (viremia) a diversos órganos, incluyendo la piel, donde se manifiesta la erupción característica. En mujeres embarazadas, la infección puede transmitirse al feto, especialmente si ocurre en el primer trimestre de gestación, lo que puede resultar en el síndrome de rubéola congénita.

Clínica

La rubéola suele presentar los siguientes síntomas:

1. Fase prodrómica: Fiebre baja, malestar general, conjuntivitis y adenopatías (hinchazón de los ganglios linfáticos), especialmente en la región posterior de las orejas y en el cuello.
2. Erupción cutánea: Aparece una erupción maculopapular que comienza en la cara y se extiende hacia el tronco y las extremidades. La erupción suele durar entre 1 y 3 días.

En niños, la enfermedad suele ser leve y puede pasar desapercibida. En adultos, especialmente en mujeres, puede presentarse con artralgias o artritis. La infección durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre, puede causar el síndrome de rubéola congénita en el feto, con defectos en órganos como el corazón, los ojos y los oídos.



Diagnóstico

El diagnóstico de la rubéola es principalmente clínico, basado en la historia de exposición y la aparición de la erupción característica. En casos atípicos o complicados, se pueden realizar pruebas serológicas para detectar anticuerpos específicos o PCR para identificar el ARN viral.

Tratamiento

No existe un tratamiento antiviral específico para la rubéola. El manejo es sintomático, incluyendo el uso de antipiréticos para controlar la fiebre y analgésicos para aliviar el malestar. Es fundamental evitar la exposición de mujeres embarazadas al virus, ya que la infección puede tener consecuencias graves para el feto.

Prevención

La prevención de la rubéola se logra principalmente mediante la vacunación. La vacuna contra la rubéola es segura y eficaz, y se administra generalmente en combinación con las vacunas contra el sarampión y las paperas (vacuna triple vírica). La vacunación en la infancia ha reducido significativamente la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones. Es esencial mantener altas tasas de vacunación para prevenir brotes y proteger a las mujeres en edad fértil de la infección durante el embarazo.

Es importante destacar que la rubéola es una enfermedad generalmente benigna en niños, pero puede tener consecuencias graves en mujeres embarazadas y en el feto. La vacunación y el manejo adecuado de los casos son fundamentales para controlar la propagación y las complicaciones asociadas.

POLIOMIELITIS

Poliomielitis

La poliomiélitis, comúnmente conocida como polio, es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta el sistema nervioso central, pudiendo causar parálisis irreversible y, en casos graves, la muerte. Aunque la mayoría de las infecciones son asintomáticas o presentan síntomas leves, una proporción significativa puede desarrollar parálisis.

Epidemiología

La polio afecta principalmente a niños menores de 5 años que no han sido vacunados. Antes de la introducción de las vacunas, la polio era una de las principales causas de parálisis en todo el mundo. Gracias a las campañas de vacunación, la enfermedad ha sido erradicada en muchas regiones, pero persiste en algunas áreas con bajas coberturas vacunales. En 1991, el último caso confirmado de poliomiélitis por poliovirus salvaje en la Región de las Américas ocurrió en 1991. Sin embargo, la amenaza continúa, especialmente en países con coberturas de vacunación insuficientes.

Etiología

La poliomiélitis es causada por el poliovirus, un enterovirus de ARN que pertenece a la familia Picornaviridae. El virus se transmite principalmente de persona a persona a través de la vía fecal-oral, aunque también puede propagarse por contacto con secreciones respiratorias. Una vez ingerido, el virus se multiplica en la garganta y el intestino, desde donde puede diseminarse al sistema nervioso central.

Fisiopatología

Tras la ingestión del poliovirus, este se multiplica en la faringe y el tracto gastrointestinal. Posteriormente, se disemina a través del torrente sanguíneo (viremia) y puede invadir el sistema nervioso central, afectando principalmente la médula espinal y, en menor medida, el tronco encefálico. La destrucción de las neuronas motoras en la médula espinal conduce a la parálisis muscular.

Clínica

La mayoría de las personas infectadas por el poliovirus no presentan síntomas. Sin embargo, en aproximadamente el 5% de los casos, se manifiestan síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular y rigidez en el cuello. En menos del 1% de los casos, el virus invade el sistema nervioso central, causando parálisis flácida, generalmente en las extremidades inferiores. Esta parálisis puede ser permanente y, en algunos casos, fatal si afecta los músculos respiratorios.

Diagnóstico

El diagnóstico de la poliomielitis se basa en la identificación clínica de los síntomas y la confirmación mediante pruebas de laboratorio. La detección del poliovirus en muestras de heces, garganta o líquido cefalorraquídeo mediante cultivo viral o PCR es esencial para confirmar la infección. Es crucial realizar estas pruebas dentro de los 14 días posteriores al inicio de la parálisis para obtener resultados precisos.

Tratamiento

No existe un tratamiento antiviral específico para la poliomielitis. El manejo es sintomático y de soporte, enfocándose en aliviar el dolor, mantener la función respiratoria y prevenir complicaciones secundarias. En casos de parálisis respiratoria, puede ser necesario el uso de ventilación asistida. La rehabilitación física y ocupacional es fundamental para mejorar la función muscular y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Prevención

La prevención de la poliomielitis se logra mediante la vacunación. Existen dos tipos de vacunas antipoliomielíticas:

1. Vacuna antipoliomielítica inactivada (VIP): Administrada por vía intramuscular o subcutánea, es segura y eficaz.

2. Vacuna antipoliomielítica oral (VPO): Administrada por vía oral, contiene virus atenuados y es eficaz en la inducción de inmunidad intestinal.

Ambas vacunas son seguras y eficaces, y se utilizan en diversas combinaciones en todo el mundo, en función de la situación epidemiológica y programática local, para proporcionar la mejor protección posible a la población.

Es esencial mantener altas coberturas de vacunación para prevenir brotes y proteger a las personas no inmunizadas. La vigilancia epidemiológica y la rápida respuesta ante casos sospechosos son fundamentales para la erradicación de la enfermedad.



CONCLUSION

Las enfermedades infecciosas continúan siendo un desafío significativo para la salud pública y la práctica clínica, a pesar de los avances logrados en su prevención, diagnóstico y tratamiento. La adecuada comprensión de su epidemiología, fisiopatología y clínica, así como la implementación de estrategias de manejo basadas en evidencia, son esenciales para reducir su impacto.

Enfermedades como el sarampión, la rubéola, la poliomielitis y la difteria han disminuido significativamente gracias a los programas de vacunación, demostrando que la prevención es una herramienta clave en la lucha contra estas patologías. Sin embargo, el resurgimiento de algunas enfermedades debido a la falta de cobertura vacunal o la resistencia bacteriana subraya la importancia de reforzar las estrategias de salud pública.

Por otro lado, afecciones como la tuberculosis y la hepatitis siguen representando una carga importante en muchas regiones, requiriendo un abordaje integral que combine el tratamiento médico con intervenciones sociales y políticas efectivas.

El conocimiento actualizado y la aplicación rigurosa de las Guías de Práctica Clínica (GPC) son fundamentales para garantizar una atención de calidad, reducir la mortalidad y prevenir complicaciones asociadas a estas enfermedades. Finalmente, el compromiso colectivo de los profesionales de la salud, las autoridades sanitarias y la sociedad en general es crucial para controlar y, en algunos casos, erradicar estas enfermedades, mejorando así la calidad de vida de las poblaciones afectadas.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Cólera
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Cólera.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Cholera Fact Sheet.
2. Tos Ferina
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Tos Ferina en Niños y Adolescentes.
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis: Clinical Guidelines.
3. Difteria
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Difteria.
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guías de manejo de enfermedades prevenibles por vacunación.
4. Influenza
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Influenza Estacional.
 - CDC. Influenza Antiviral Medication Recommendations.
5. Neumococo
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de Infecciones por Neumococo.
 - OMS. Global Pneumococcal Disease Guidelines.
6. Tétanos
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para la Profilaxis y Tratamiento del Tétanos Generalizado.
 - CDC. Tetanus: Epidemiology and Prevention Guidelines.
7. Tuberculosis
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Report.
8. Parotiditis
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Parotiditis.
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mumps: Clinical Information.
9. Sarampión
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Sarampión.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Measles Guidelines: Diagnosis and Treatment.
10. Hepatitis (A, B y C)
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Hepatitis Viral.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis Fact Sheets (A, B, C).
11. Varicela
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Varicela en Niños y Adultos.
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Varicella: Clinical Guidelines.
12. Rubéola
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Rubéola.
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Rubella Elimination Guidelines.
13. Poliomielitis
 - Secretaría de Salud, México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Poliomielitis.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Poliomyelitis Eradication Guidelines.