



UDS

Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: PEREYRA CALVO CAROL DENISSE

TEMA: UNIDAD I: TOS FERINA, DIFTERIA, TETANOS, POLIOMELITIS.

PARCIAL: PRIMERO.

MATERIA: PATOLOGÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ESTEBAN MENDOZA ITALIA YOANA

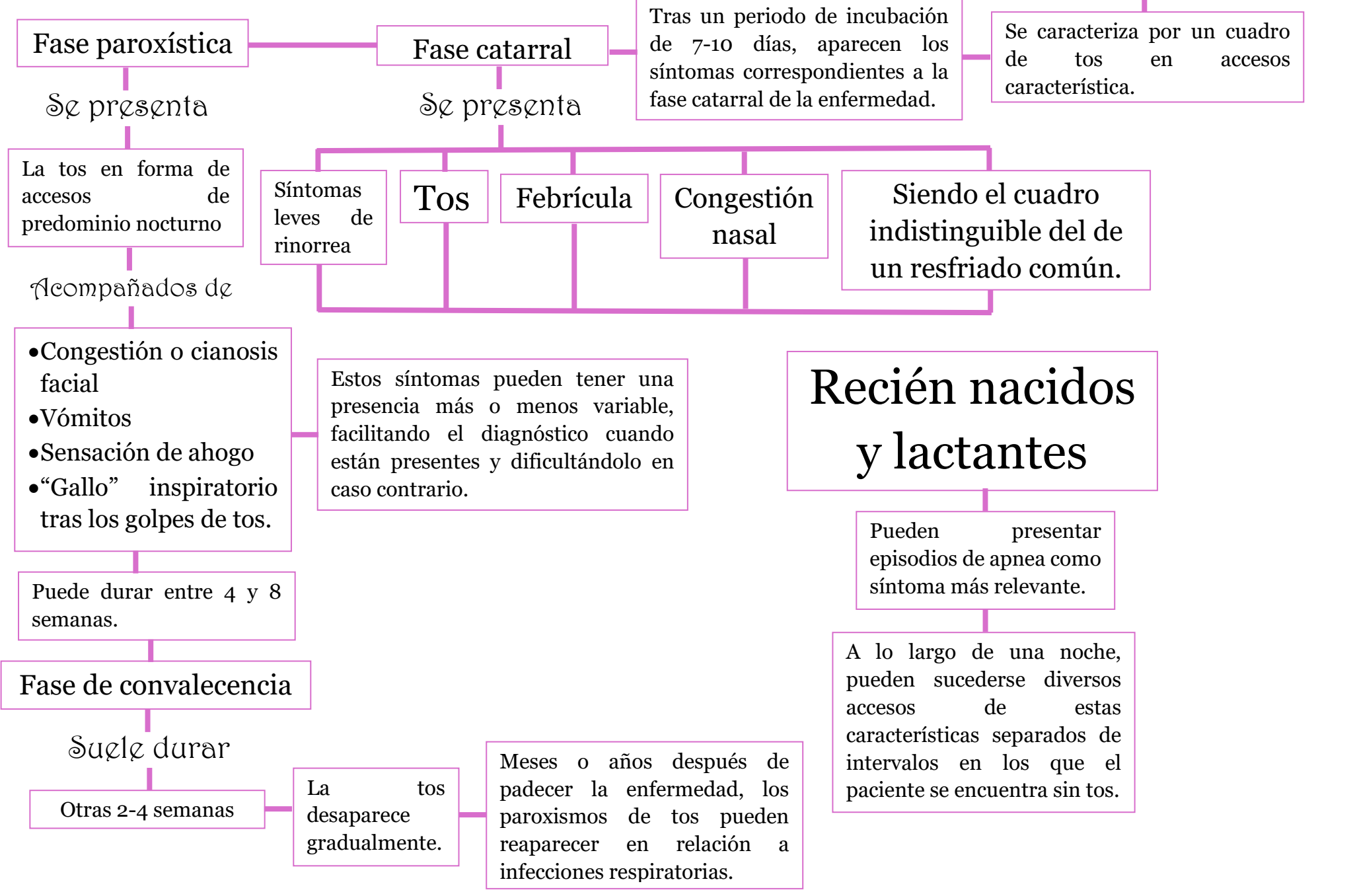
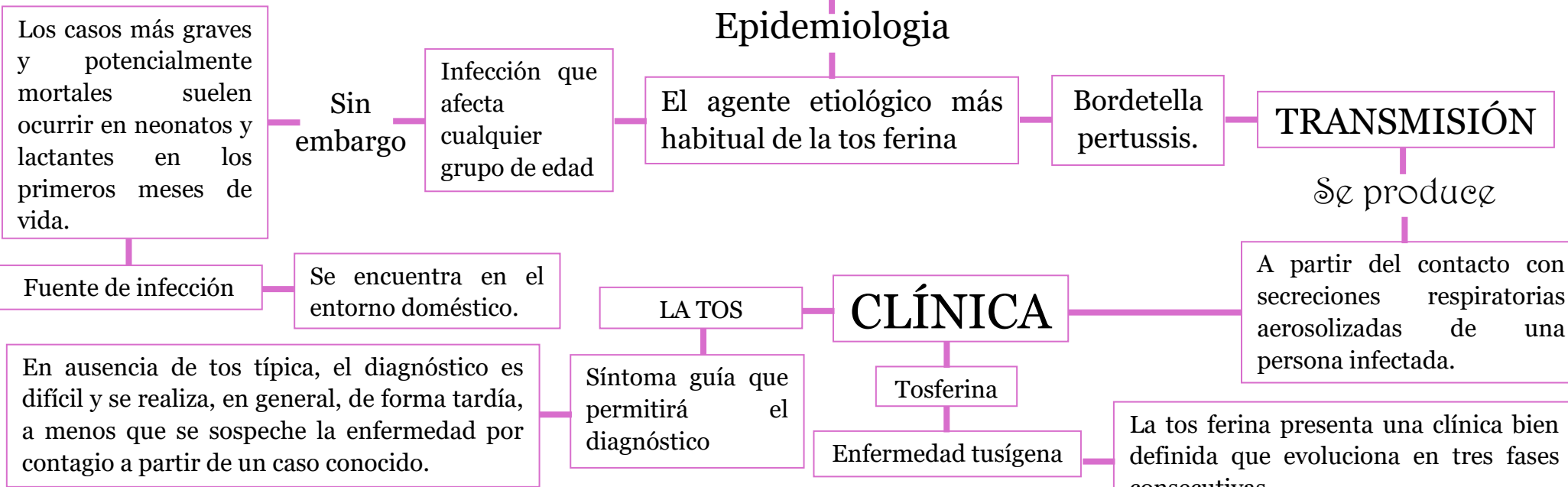
LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

CUATRIMESTRE: QUINTO.

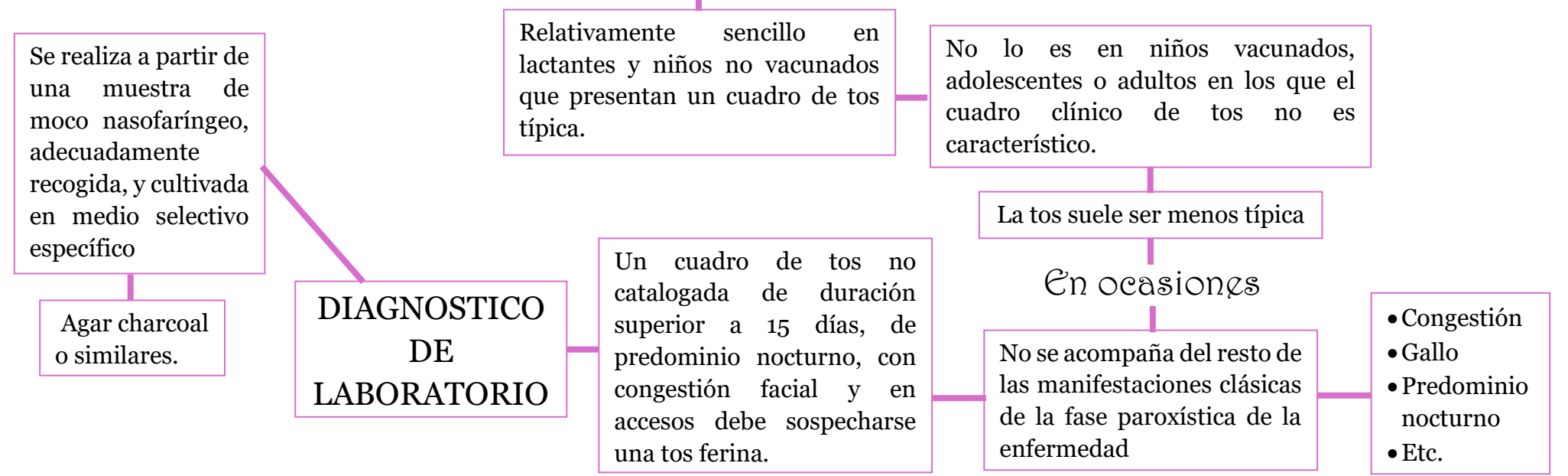
Frontera Comalapa, Chiapas a 24 de enero del 2025.

TOSFERINA

Epidemiología



DIAGNOSTICO DE LA TOSFERINA



TRATAMIENTO DE LA TOSFERINA

Los antitusígenos

Eficacia limitada, se han utilizado diversos tratamientos, como salbutamol o, incluso, corticoides inhalados u orales

Para intentar aliviar los cuadros de tos sin evidencias claras de su efectividad.

El impacto del tratamiento antibiótico sobre los síntomas

Es

Escaso y está en relación con la duración previa de la enfermedad.

Cuando el tratamiento antibiótico se inicia en las primeras 2 semanas de la enfermedad, puede tener algún impacto sobre la sintomatología.

Debe ser tanto sintomático como etiológico.

TRATAMIENTO SINTÓMATICO

Finalidad

Disminuir la intensidad y frecuencia de la tos y proporcionar una oxigenación, hidratación y alimentación adecuada especialmente en recién nacidos y lactantes pequeños

Con cuadros severos de pertussis que pueden requerir incluso ventilación asistida.

Tratamiento etiológico

Finalidad

Erradicar la infección de la nasofaringe

Interrumpir la transmisión.

VACUNACIÓN DE LA TOSFERINA

La vacunación es la principal medida a tomar como prevención frente a esta enfermedad.

Permite

Reducir notablemente la carga de enfermedad y casi por completo la mortalidad que actualmente, en los países desarrollados, se limita, casi exclusivamente, a recién nacidos y lactantes

Por su corta edad, no han podido ser vacunados o sólo han recibido alguna dosis de vacuna y se contagian, por lo general, a partir de su entorno familiar.

DIFTERIA

Es

PRINCIPAL CARACTERISTICA

Una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que puede afectar a las vías respiratorias, a la piel o puede no producir ningún síntoma (en este caso se trata de portadores sanos de la enfermedad).

PAISES DESARROLLADOS

Es

La formación de falsas membranas (pseudomembranas) en la garganta (faringe), como consecuencia de una sustancia tóxica (toxina) producida por la bacteria.

Sin embargo

La enfermedad persiste en los países en vías de desarrollo en donde los sistemas de vacunación son deficientes.

Bacteria responsable de la difteria

Corynebacterium diphteriae.

La difteria se adquiere...

LESIONES CUTÁNEAS

Son

Una fuente de infección, sobre todo en los climas tropicales.

La difteria puede producirse en cualquier época del año con un aumento de la incidencia en los meses más fríos.

Por contagio directo

A partir de las gotitas respiratorias que eliminan al toser o al estornudar las personas infectadas o los portadores sin síntomas.

Por contagio indirecto

A través de objetos contaminados. Es una vía de transmisión infrecuente.

PERIODO DE INCUBACIÓN DE LA DIFTERIA

El tiempo que transcurre desde que se tiene el contacto con la bacteria hasta que aparece la difteria de 2 a 5 días.

GRADO DE AFECTACIÓN

Depende del estado de inmunidad, es decir de las defensas de la persona contagiada.

Las personas vacunadas también pueden padecer la enfermedad, aunque de forma más leve.

PRESENTACIONES MAS FRECUENTES DE LA DIFTERIA

Las personas vacunadas también pueden padecer la enfermedad, aunque de forma más leve.

Son

Difteria respiratoria.

La mayor parte de los pacientes con difteria respiratoria comienzan con dolor de garganta, fiebre menor de 38 °C, malestar general, dificultad al tragar, pérdida de apetito y ronquera si se afecta la laringe.

LA FARINGE

Si se extienden pueden afectar también a la TRAQUEA.

Aparece enrojecida y a los 2 ó 3 días pueden aparecer placas grisáceas y blanquecinas que van aumentando de tamaño para formar falsas membranas (pseudomembranas) duras, de color gris, que se adhieren sobre todo a faringe, amígdalas, laringe y/o nariz.

La afectación de la nariz puede ser leve o moderada y puede producir sangrado con las secreciones nasales.

A diferencia de las "placas" que se forman en las amígdalas o en la faringe como consecuencia de otras infecciones, las falsas membranas de la difteria están fuertemente adheridas a estas zonas y al intentar quitarlas se puede producir sangrado.

Aparece enrojecida y a los 2 ó 3 días pueden aparecer placas grisáceas y blanquecinas que van aumentando de tamaño para formar falsas membranas (pseudomembranas)

Duras, de color gris, que se adhieren sobre todo a faringe, amígdalas, laringe y/o nariz.e y/o nariz.

La inflamación del cuello y la dificultad respiratoria son signos de mal pronóstico.

DIAGNÓSTICO DE LA DIFTERIA

Se basa

En la sintomatología y requiere el cultivo de la bacteria en muestras tomadas de la faringe o de la nariz por medio de un bastoncillo de algodón.

Difteria cutánea.

Generalmente se debe a una infección de una lesión previa de la piel

Herida, eczema, o psoriasis

Por *Corynebacterium diphtheriae.*

El paciente suele acudir al médico por presentar úlceras con una base grisácea que no terminan de cicatrizar, sobre todo en las extremidades.

Complicaciones más frecuentes de la difteria

Son

Aumento de la extensión de las falsas membranas, lo que produce una obstrucción de las vías aéreas.

Esta obstrucción puede producir dificultad respiratoria grave.

Diseminación de la toxina diftérica a través de la sangre. o Inflamación del corazón (miocarditis)

Es la complicación más frecuente y es proporcional a la gravedad de la enfermedad local.

Puede producir

Parálisis de alguna zona de la garganta (del paladar blando o de la faringe)

Parálisis de los nervios craneales (afectando a la movilidad de los ojos, de la cara o parálisis de la laringe)

O parálisis de otros nervios del cuerpo.

TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA

Los pacientes con difteria respiratoria deben ser hospitalizados para controlar la respuesta al tratamiento y vigilar las posibles complicaciones.

Consiste en

Administración de antitoxina diftérica.

Se administra para neutralizar la toxina producida por la bacteria.

Su administración temprana es prioritaria en el manejo de la enfermedad respiratoria

Disminuye tanto su extensión como el riesgo de desarrollar complicaciones y la mortalidad.

Debe ser administrada en cuanto se obtengan muestras para cultivar, sin esperar a los resultados del laboratorio.

Tratamiento antibiótico.

Se administra para neutralizar la toxina producida por la bacteria.

La difteria cutánea requiere tratamiento antibiótico, si bien es también primordial tratar la enfermedad cutánea inicial.

Se utilizan

Para disminuir el contagio

Para eliminar al *Corynebacterium diphtheriae*

Para evitar la formación continuada de toxina diftérica.

Prevención

La vacunación combinada con la del tétanos y la de la tos ferina.

A los 2, 4, 6 y 15-18 meses, con dosis de recuerdo al 4-6 años y a los 11-14 años (6 dosis en total)

La vacuna puede combinarse con: o DTPa: Difteria, tétanos y tos ferina. o Tdpa: Difteria, tétanos y tos ferina presentadas con menor dosis para difteria y tosferina.

TÉTANOS

El Clostridium tetani

El microorganismo causante del tétanos

Clostridium tétano, bacilo esporulado (gram positivo) y anaerobio estricto con una forma típica de "palillo de tambor".

La enfermedad es consecuencia de sus exotoxinas (tetanolisina y tetanospasmina), esta última es la que provoca un bloqueo de la función neurotransmisora responsable de la contracción de los músculos.

Una enfermedad aguda y grave inducida por una exotoxina del bacilo tetánico, el Clostridium tétano, que crece en condiciones de anaerobiosis en las heridas.

La vía de entrada suelen ser heridas contaminadas; no se contagia persona a persona.

En la mayoría de los países europeos se ha erradicado el tétanos neonatal

Sin embargo

Situación de protección frente al tétanos en adultos dista de ser la óptima y periódicamente se producen casos de enfermedad.

Muy frecuente en la naturaleza y potencialmente cualquier herida que penetre en piel o mucosas, sobre todo si es sucia con tierra, etc.

En ausencia de oxígeno las esporas del Clostridium tetani germinan y se producen las toxinas que se diseminan por la sangre y la linfa.

Periodo de incubación

Varía de 3 a 21 días, usualmente 8 días.

La infección no confiere inmunidad permanente.

Sin embargo

Síntomas

Con frecuencia, el tétanos comienza con espasmos leves en los músculos de la mandíbula (trismo).

Los espasmos también pueden afectar el tórax, el cuello, la espalda y los músculos abdominales.

Algunas veces, los espasmos afectan músculos que ayudan con la respiración, lo cual puede llevar a problemas respiratorios.

Tetania

La acción muscular prolongada causa contracciones súbitas, fuertes y dolorosas de grupos musculares.

Estos son los episodios que pueden provocar fracturas y desgarros musculares.

Los episodios de hipoxia

Carencia de oxígeno no corregidos, ocasionados por espasmos musculares en la garganta, pueden llevar a daño cerebral irreversible.

Complicaciones que se pueden presentar a raíz del tétanos

Incluye

- Obstrucción de las vías respiratorias
- Paro respiratorio
- Insuficiencia cardíaca
- Neumonía
- Daño muscular
- Fracturas
- Daño cerebral debido a la falta de oxígeno durante los espasmos

Otros síntomas incluyen

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

Se pueden usar exámenes para descartar meningitis, rabia, intoxicación por estricnina y otras enfermedades con síntomas similares.

Tratamiento

Incluye

- Antibióticos
- Reposo en cama en un ambiente calmado (luz tenue, poco ruido y temperatura estable)
- Medicamentos para neutralizar el tóxico (inmunoglobulina antitetánica)
- Relajantes musculares, como el diazepam
- Sedantes
- Cirugía para limpiar la herida y eliminar la fuente del tóxico (desbridamiento)
- Puede ser necesario utilizar soporte respiratorio con oxígeno, un tubo de respiración y un respirador.
- Expectativas (pronóstico)

La vacunación en las pautas recomendadas garantiza una protección adecuada a lo largo de la vida.

Las diferentes vacunas frente al tétanos son elaboradas a partir de la toxina del *Clostridium tetani* que es inactivada con formaldehído.

Después de tres dosis de vacuna antitetánica, la mayoría de las personas vacunadas tienen altos títulos de anticuerpos.

POLIOMIELITIS

Es

Las personas o niños con déficit inmunitarios, malnutrición, embarazadas, amigdalectomizados, niños genéticamente predispuestos y en contacto con cepas de virus con patogenicidad aumentada.

Una enfermedad caracterizada por una parálisis flácida asimétrica

Causada

Por los tres serotipos del virus de la poliomielitis.

Producen

Infecciones frecuentes de distribución mundial durante todo el año en los países de clima cálido, y en los meses de otoño y verano en los de clima templado.

Mutación

El virus de la poliomielitis atenuado de la vacuna oral puede, en determinadas circunstancias, por medio de su replicación, recuperar su neuro virulencia y comportarse como el virus salvaje.

Es un virus perteneciente al género de los enterovirus, familia Picornavirus.

Infecta

El virus de la poliomielitis infecta la oro faringe en primer lugar, y se replica en el tracto intestinal.

Afecta

A niños o convivientes inmunodeprimidos y producirles una enfermedad similar a la poliomielitis por virus salvaje, que se denomina polio asociada a vacuna (PAV).

En ambas zonas invade los ganglios linfáticos, produciendo la primera viremia, por lo que el virus se disemina a todo el organismo y los viriones son captados por células del sistema retículo endotelial del hígado, bazo y ganglios linfáticos.

El período de incubación tras la vacunación

Neutralización

Es

Cuando el virus es neutralizado en estos lugares por la acción de los anticuerpos específicos generados, se produce una infección asintomática.

☐ 4-24 días en el niño vacunado.

☐ 11-58 días en los contactos.

☐ Hasta 8 meses en los inmunodeprimidos.

Enfermedad menor

En algunos casos el virus continúa replicándose y se produce una segunda viremia que coincide con la aparición de síntomas inespecíficos.

CLINICA

Enfermedad mayor

Diferenciadas y propias de los niños pequeños, y que en los adolescentes y adultos no se diferencian.

Enfermedad menor

En algunos casos el virus continúa replicándose y se produce una segunda viremia que coincide con la aparición de síntomas inespecíficos.

Síntomas

Coinciden con la primera viremia. Son inespecíficos: fiebre, vómitos, diarrea, cefalea y malestar.

Dependiendo de la capacidad del virus del afectar al SNC, neuro virulencia, puede iniciarse la enfermedad mayor, en la que los virus ascienden por los nervios periféricos, llegan a la médula espinal y al cerebro.

En la mayoría de los casos la enfermedad se para en este momento.

Poliomielitis abortiva

En algún caso la enfermedad progresa y aparecen los síntomas de la «poliomielitis parálítica»

Síntomas

Fiebre elevada, cefalea intensa, vómitos y dolor en la región lumbar y cuello afectando a grupos musculares impidiendo la marcha.

Si, por el contrario, persisten y avanzan se puede producir

La poliomielitis bulbar

La poliomielitis espinal

La primera es más frecuente y se caracteriza por una parálisis flácida asimétrica del tronco y extremidades, y un grado de afectación variable desde una parálisis leve, a una tetraplejía y parálisis respiratoria. Por lo general, progresa hasta que desaparece la fiebre.

Síntomas de la poliomielitis

La mayoría de las personas que se infectan con el virus de la poliomielitis no tiene ningún síntoma visible.

Aproximadamente 1 de cada 4 personas (o 25 de cada 100) con infección por el virus de la poliomielitis tiene síntomas parecidos a los de la influenza (gripe)

Incluyen

Estos síntomas por lo general duran de 2 a 5 días y luego desaparecen por sí solos.

- Dolor de garganta
- Fiebre
- Cansancio
- Náuseas
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago

Una proporción menor de personas con infección por el virus de la poliomielitis presentará otros síntomas más graves que afectan al cerebro y la médula espinal:

Meningitis

Infección del recubrimiento de la médula espinal o del cerebro, que se presenta en aproximadamente 1 a 5 de cada 100 personas con infección por el virus de la poliomielitis.

Parálisis

No se pueden mover partes del cuerpo) o debilidad en los brazos, las piernas, o ambos, que se presenta en aproximadamente 1 de cada 200 personas o 1 de cada 2000, según el tipo de virus.

Es el síntoma más grave asociado a la poliomielitis porque puede provocar discapacidad permanente y la muerte. Mueren entre 2 y 10 de cada 100 personas que tienen parálisis por infección por el virus de la poliomielitis, porque el virus afecta a los músculos que las ayudan a respirar.

Incluso

Los niños que parecen recuperarse por completo pueden presentar nuevos dolores musculares, debilidad o parálisis en la edad adulta, 15 a 40 años después.

Síndrome postpolio.