



CUADROS INFORMATIVOS.

Anzueto Vicente Daniel

3er Parcial

Epidemiología II

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Medicina Humana

3er semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas

Viernes, 30 de mayo 2025

CUADRO INFORMATIVO: INFLUENZA

CATEGORÍA	INFORMACIÓN
Agente	Virus Influenza A, B y C (género Influenzavirus, familia Orthomyxoviridae)
Huésped	Humanos principalmente; Influenza A también infecta aves y cerdos
Medio ambiente	Climas fríos, hacinamiento, otoño-invierno
Mecanismo de transmisión	Directo (gotas respiratorias), indirecto (superficies contaminadas)
Vía de transmisión	Vía aérea (tos, estornudos)
Período de incubación	1 a 4 días (promedio 2 días)
Clínica y fases	Inicio súbito con fiebre, cefalea, mialgias, tos seca, fatiga. Fases: incubación, aguda, convalecencia.
Diagnóstico	Clínico; pruebas rápidas de antígeno, RT-PCR, cultivo viral
Tratamiento	Antivirales (oseltamivir, zanamivir), tratamiento sintomático, reposo e hidratación
Prevención	Vacunación anual, higiene respiratoria, lavado de manos, evitar contacto con infectados

Fármaco	Dosis en adultos	Dosis pediátrica	Observaciones
Oseltamivir	75 mg VO cada 12 h durante 5 días	3 mg/kg/dosis cada 12 h por 5 días	Iniciar dentro de las primeras 48 h de síntomas
Zanamivir	10 mg (2 inhalaciones) cada 12 h por 5 días	No recomendado <5 años	No usar en asmáticos (broncospasmo)
Paracetamol	500-1000 mg VO cada 6-8 h (máx. 4 g/día)	10-15 mg/kg/dosis cada 6 h	Evitar AINES por riesgo de complicaciones
Amantadina / Rimantadina	Obsoletas por resistencia	No recomendadas	Ya no se usan rutinariamente

CONCLUSIÓN – INFLUENZA

La influenza es mucho más que una infección respiratoria común; representa un problema global que afecta millones de personas cada año y que puede derivar en complicaciones graves, especialmente en grupos vulnerables como los niños pequeños, adultos mayores, embarazadas y pacientes con comorbilidades. Su capacidad de mutación y recombinación genética exige vigilancia constante, pues facilita la aparición de nuevas cepas epidémicas o incluso pandémicas, como ocurrió con la H1N1 en 2009. La vacunación anual es la medida preventiva más eficaz, pero su cobertura aún es insuficiente en muchas regiones. Es importante destacar el papel de la educación en salud para mejorar las prácticas higiénicas y disminuir la transmisión. A nivel institucional, los sistemas de salud deben estar preparados cada temporada para enfrentar brotes, garantizar el acceso a antivirales, diagnósticos y reforzar la campaña de inmunización. A pesar de su aparente “normalidad”, la influenza sigue siendo una amenaza vigente y una prueba de que la prevención en salud pública no debe relajarse nunca.

CUADRO INFORMATIVO: DENGUE

CATEGORÍA	INFORMACIÓN
Agente	Virus Dengue (DENV-1 a DENV-4), familia Flaviviridae
Huésped	Ser humano
Medio ambiente	Climas tropicales y subtropicales; agua estancada favorece al mosquito vector
Mecanismo de transmisión	Vectorial
Vía de transmisión	Picadura del mosquito <i>Aedes aegypti</i> (también <i>A. albopictus</i>)
Período de incubación	4 a 10 días
Clínica y fases	Fiebre alta, cefalea, mialgias, exantema, dolor retroocular. Fases: febril, crítica, recuperación
Diagnóstico	Serología (IgM/IgG), detección de antígeno NS1, PCR
Tratamiento	Sintomático (paracetamol, hidratación). No usar AINES ni aspirina
Prevención	Control del vector, uso de repelentes, eliminación de criaderos, vacuna (Dengvaxia en casos selectos)

Fármaco	Dosis en adultos	Dosis pediátrica	Observaciones
Paracetamol	500-1000 mg VO cada 6-8 h (máx. 4 g/día)	10-15 mg/kg/dosis cada 6 h	Primera línea para fiebre y dolor
Sales de rehidratación oral (SRO)	60-100 ml/kg en 4 h (fase crítica)	Igual, ajustado a peso	Fundamental en la fase crítica
Cloruro de sodio al 0.9% (IV)	5-7 ml/kg/h (moderado); 10-20 ml/kg/h (grave)	5-20 ml/kg/h según estado clínico	Vigilancia estricta en hospitalización
Aspirina / AINES	Contraindicados por riesgo de sangrado	Contraindicados	Solo se usa paracetamol

CONCLUSIÓN – DENGUE

El dengue es una enfermedad que refleja las desigualdades sociales, urbanas y ambientales que afectan a millones de personas en regiones tropicales y subtropicales. A diferencia de otras enfermedades infecciosas, su prevención recae casi totalmente en el control del vector, lo cual exige la participación comunitaria activa y sostenida. La globalización, el cambio climático y la urbanización desordenada han favorecido la expansión del *Aedes aegypti*, aumentando la frecuencia e intensidad de los brotes. A pesar de los esfuerzos en vacunación, como el desarrollo de la Dengvaxia, aún no se cuenta con una solución definitiva y segura para toda la población. El dengue grave o hemorrágico es una emergencia médica que requiere una infraestructura hospitalaria capaz de responder con rapidez, sobre todo en regiones con recursos limitados. Esta enfermedad evidencia cómo la salud pública está estrechamente ligada al entorno social, ambiental y político, y exige una visión integral para poder controlarla de manera efectiva y sostenible.

CUADRO INFORMATIVO: CITOMEGALOVIRUS (CMV)

CATEGORÍA	INFORMACIÓN
Agente	Citomegalovirus humano (CMV), familia Herpesviridae
Huésped	Humanos (especialmente inmunocomprometidos y fetos)
Medio ambiente	Ambientes cerrados, hospitales, guarderías
Mecanismo de transmisión	Directo (saliva, orina, sangre, contacto sexual, leche materna, trasplantes)
Vía de transmisión	Oral, sexual, vertical (congénita), parenteral
Período de incubación	3 a 12 semanas
Clínica y fases	Asintomático en inmunocompetentes. En inmunodeprimidos: fiebre, hepatitis, retinitis. Congénito: microcefalia, calcificaciones periventriculares
Diagnóstico	Serología, PCR, cultivo viral, detección de inclusiones en biopsias
Tratamiento	Antivirales (ganciclovir, valganciclovir), especialmente en pacientes inmunocomprometidos
Prevención	Higiene personal, evitar contacto con fluidos, cribado en donantes y embarazadas

Fármaco	Dosis en adultos	Dosis pediátrica	Observaciones
Ganciclovir	5 mg/kg IV cada 12 h por 14-21 días	5 mg/kg/dosis IV cada 12 h	Monitorizar neutropenia y función renal
Valganciclovir	900 mg VO cada 12 h por 21 días (inducción)	16 mg/kg VO cada 12 h (máx. 900 mg/dosis)	Se prefiere en mantenimiento VO
Foscarnet	60 mg/kg IV cada 8 h o 90 mg/kg cada 12 h	Misma dosis ajustada a peso	Alternativa en resistencia a ganciclovir
Cidofovir	5 mg/kg IV 1 vez/semana x 2 semanas, luego cada 2 sem	Solo en casos seleccionados	Toxicidad renal, requiere profilaxis con probenecid

CONCLUSIÓN – CITOMEGALOVIRUS

El Citomegalovirus, pese a ser un virus ampliamente distribuido en la población, suele ser subestimado debido a su presentación silente en individuos inmunocompetentes. Sin embargo, su impacto en pacientes inmunocomprometidos, como trasplantados, personas con VIH o neonatos, puede ser devastador. En el contexto de infecciones congénitas, el CMV es una de las principales causas de sordera neurosensorial, retraso mental y alteraciones motoras en el recién nacido, lo cual supone una carga sanitaria y social considerable. La detección oportuna mediante cribado en embarazo, el diagnóstico precoz y el tratamiento antiviral adecuado pueden modificar el pronóstico en casos severos. La ausencia de una vacuna eficaz sigue siendo una deuda científica, aunque existen investigaciones prometedoras en curso. A futuro, se requiere mayor inversión en educación médica sobre el CMV, así como políticas de salud pública que promuevan el diagnóstico prenatal y la protección de los grupos más vulnerables. Este virus nos recuerda que la inmunidad del huésped es clave para el curso clínico de muchas infecciones virales.

CUADRO INFORMATIVO: HERPES SIMPLE

CATEGORÍA	INFORMACIÓN
Agente	Virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2), familia Herpesviridae
Huésped	Humano
Medio ambiente	Contacto íntimo, superficies mucosas, saliva, genitales
Mecanismo de transmisión	Contacto directo con lesiones o secreciones
Vía de transmisión	Oral (VHS-1), sexual/genital (VHS-2), perinatal
Período de incubación	2 a 12 días
Clínica y fases	Vesículas dolorosas en mucosa oral o genital, linfadenopatía. Fases: primaria, latente, recurrencias
Diagnóstico	Clínico, PCR, cultivo viral, inmunofluorescencia
Tratamiento	Antivirales (aciclovir, valaciclovir, famciclovir)
Prevención	Educación sexual, uso de preservativos, tratamiento de brotes, cesárea en caso de infección activa en parto

Fármaco	Dosis en adultos	Dosis pediátrica	Observaciones
Aciclovir (VO)	400 mg VO cada 8 h por 7-10 días (primoinfección)	20 mg/kg VO cada 8 h por 7 días	Dosis supresiva: 400 mg VO cada 12 h
Aciclovir (IV)	5-10 mg/kg IV cada 8 h por 10-14 días	10-15 mg/kg IV cada 8 h (neonatos)	En casos graves o diseminados
Valaciclovir	1000 mg VO cada 12 h por 7-10 días	>12 años: misma dosis que adultos	Mayor biodisponibilidad que aciclovir
Famciclovir	250 mg VO cada 8 h por 7 días	No recomendado <18 años	Alternativa en recurrencias frecuentes

CONCLUSIÓN – HERPES SIMPLE

La infección por virus del herpes simple representa una de las enfermedades virales crónicas más comunes a nivel mundial, con implicaciones tanto médicas como psicosociales. A pesar de la disponibilidad de tratamientos antivirales efectivos que reducen los síntomas y las recurrencias, no existe cura, y la posibilidad de reactivación viral plantea desafíos en el manejo clínico, especialmente en mujeres embarazadas, recién nacidos y pacientes inmunodeprimidos. La transmisión vertical durante el parto puede generar complicaciones neurológicas graves, por lo que el diagnóstico precoz en embarazadas es fundamental. Además, el herpes genital sigue rodeado de estigma, lo que retrasa la consulta médica y la adherencia al tratamiento. La educación sexual responsable y el uso del preservativo siguen siendo las principales herramientas de prevención. Desde una perspectiva de salud pública, es indispensable sensibilizar a la población sobre la naturaleza del virus y eliminar los prejuicios que lo rodean. Una mejor comprensión del herpes permitirá avanzar en la creación de vacunas y estrategias de control más eficaces a largo plazo.