

CASO CLÍNICO

Paloma Gándara Lema (R1 Medicina Interna)

Elena Magaz García (Adjunta Medicina Interna)

Mujer de 70 años

- Con FIEBRE

Antecedentes personales

- Sin alergias/intolerancias conocidas.
- IABVD.
- Profesora jubilada. Natural de Cuba, pero reside en España desde hace 30 años.
- FRCV: no HTA / no DM / **DL** / **Obesidad**.

Antecedentes personales

- Síndrome ansioso-depresivo.
- ITUs de repetición.
- Diverticulitis aguda.
- IQ: apendicitis. Fracturas vertebrales.

Tratamiento habitual

- **Lorazepam 10 mg:** 1 comprimido al acostarse.
- **Paroxetina 20 mg:** 1 comprimido al acostarse.
- **Omeprazol 20 mg:** 1 comprimido al desayuno.

Enfermedad actual

- Paciente de 70 años que ingresa en UCE procedente de observación de urgencias donde ingreso con sospecha de diverticulitis aguda.
- **Dolor abdominal localizado en ambas fosas iliacas, irradiado a todo el hemiabdomen inferior de 4 días de evolución con fiebre de hasta 38 °C** que cede con paracetamol 1 gr v.o, prácticamente continua.
- **Vómitos de 4 días de evolución con diarrea de 3 días de evolución** (3-4 deposiciones líquidas , sin productos patológicos).
- Niega disnea, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No tos ni expectoración. No palpitaciones, dolor torácico ni mareos.

Enfermedad actual

- Refiere disuria, polaquiuria y tenesmo urinario.
- Ha comenzado con metronidazol 400 mg vía oral hace 4 días.
- Llego de Cuba el día previo al ingreso, donde pasó 5 meses viendo a su familia.
- No tiene animales en el domicilio.

Exploración física

- TA: 128/74 mm(hg), FC: 90 /min, SpO2: 97 %, T^a: 36,3 c.
- Buen Estado General. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en estado basal. Normohidratada. Normocoloreada. Normoperfundida. IVY -.
- AC: rítmico a 75 lpm, sin soplos.
- AP: MVF, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, **dolor difuso a la palpación de todo el abdomen**, no masas no megalias. Blumberg -, Rosving -, Murphy -, RHA+. PPRB -.
- MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias

- Laboratorio: ANALÍTICA (21/02/2023)
 - BIOQUÍMICA: Glucosa 108, Urea 30, Cr 0.75, FG 81, **Na 133**, K 3.72, **Cl 95**, Amilasa 100, **AST 71**, ALT 40, **GGT 57**, **LDH 295**, BT 0.57, PCT 0.28, **PCR 30.8**.
 - HEMOGRAMA: **Leucocitos 1.9**, **Linfocitos 16% (0.3)**, **Cayados 8% (0.15)**, Neutrófilos 68% (1.29), **Hb 12.5**, **Htco 36.9**, VCM 91.3, Plaquetas 174,000, MDW 24.84%.
 - COAGULACIÓN: TTPA 29.6, Razón Tromboplastina 0.95, TP 11.8, Tasa Protrombina 97, INR 1.03, FDF 490.

Pruebas complementarias

- SISTEMÁTICO: Densidad 1010, Leucocitos 500, Nitritos +, pH 7, Proteínas 75, Glucosa -, Cetonas 5, Bilirrubina 1, Urobilinógeno 4, Eritrocitos 150.
- SEDIMENTO: 3-6 Leucocitos/campo. 2-5 Hematíes/campo. **Abundante bacteriuria.** Cristales medicamentosos.

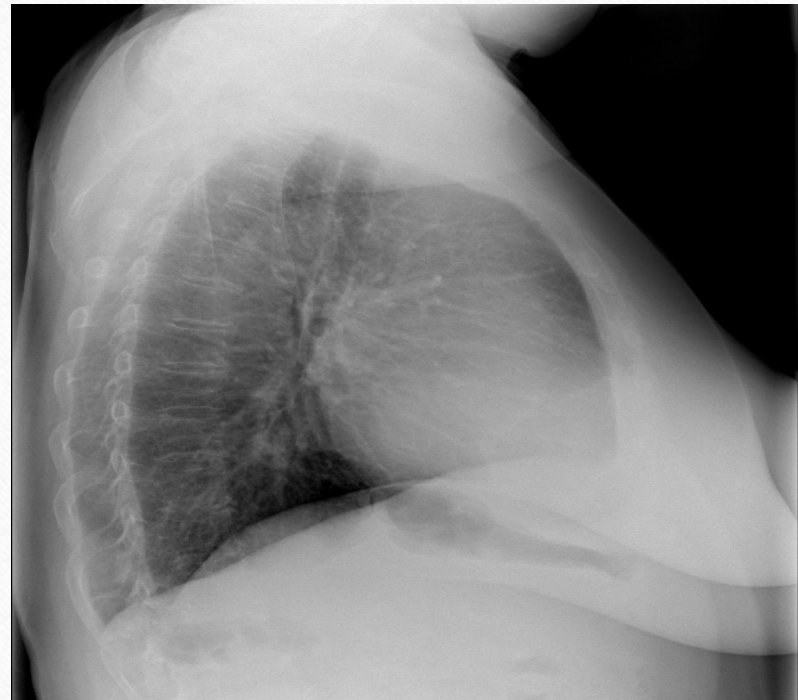
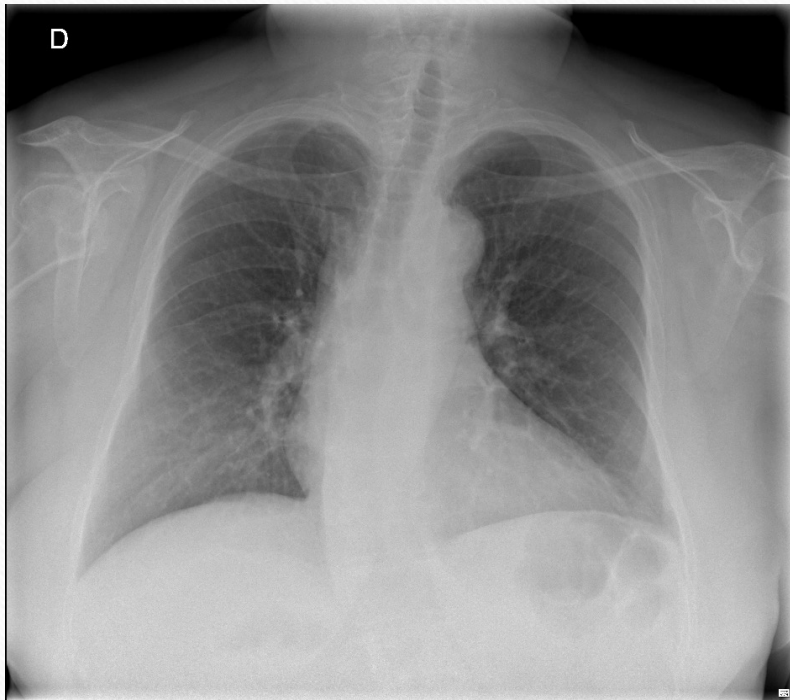
Pruebas complementarias

- ECOGRAFIA DE ABDOMEN COMPLETO (INCLUYE RENAL)/TAC ABDOMINAL:

Hígado parcialmente visualizado de tamaño, morfología y ecogenicidad normales. No se identifican lesiones ocupantes de espacio en el parénquima explorado. Vena porta permeable, de calibre normal y flujo hepatópeto. Vesícula biliar de pared fina, sin litiasis ni barro biliar en su interior. Vía biliar sin alteraciones. Área pancreática parcialmente visualizada, observando parte de la cabeza y el cuerpo pancreáticos, sin aparentes alteraciones. Aorta abdominal visualizada en un trayecto corto, de calibre normal, con pequeñas placas de ateroma calcificadas en su pared. Bazo de tamaño normal y ecogenicidad homogénea. Riñones de tamaño y morfología normal, con parénquima de grosor normal y buena diferenciación cortico-medular. La vía excretora no está dilatada. Vejiga vacía, no valorable. **Abundantes divertículos en sigma sin signos de inflamación loco-regional. Apendicectomía.** No se identifica líquido libre intraperitoneal.

CONCLUSIÓN: Estudio sin signos de patología intraabdominal

Pruebas complementarias



Pruebas complementarias



Resumen

- Dolor abdominal agudo.
- Vómitos de 4 días de evolución.
- Diarrea de 3 días de evolución.
- Fiebre.
- Disuria, polaquiuria y tenesmo urinario.
- Leucopenia con linfopenia.
- SYS alterado.
- Llego de Cuba el día previo al ingreso, donde estuvo residiendo con su familia 5 meses.

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis aguda

- Virus.
- Parásitos.
- Asociada a la toma de antibióticos.

Diagnóstico diferencial

Algunas características de la diarrea según el mecanismo patogénico

Diarreas por toxinas

S. aureus.
Toxinas de E. coli enterotoxigénica
C. Perfringes
Bacillus cereus
Vibrio cholerae

Diarreas invasivas (inflamatorias)

E. Coli enteroinvasora
Salmonella
Shigella
Campylobacter
Vibrios no coléricos
Amebas

Leucocitos bajos
Sin eosinofilos
Aumento de PCR

Diagnóstico diferencial

- Diverticulitis.

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica PCR elevada	Descartamos complicación con pruebas de imagen

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad inflamatoria intestinal.

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica Aumento de reactantes de fase aguda 2º pico en edad anciana	ECO y TAC normales

Diagnóstico diferencial

- Absceso intraabdominal.
 - Las causas más frecuentes son las infecciones intraabdominales evolucionadas, como pueden ser una colecistitis aguda, perforación duodenal, apendicitis aguda o diverticulitis, que se presentan como abscesos al diagnóstico.

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica Viaje a Cuba	Pruebas de imagen

Diagnóstico diferencial

- Apendicitis aguda

A FAVOR	EN CONTRA
Puede tener presentaciones atípicas dependiendo de la localización anatómica del apéndice , el pélvico se suele presentar con síntomas urinarios o diarrea.	Apendicectomizada

Diagnóstico diferencial

- Pancreatitis aguda.

A FAVOR	EN CONTRA
Vómitos Dolor abdominal agudo	No aumento de amilasemia No dolor irradiado en cinturón No prueba de imagen

Diagnóstico diferencial

- Hepatitis aguda.

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica	Elevación de transaminasas Ictericia Antecedente enólico Virus hepatotropos

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades ginecológicas.
 - **Patología anexial.**
 - Quistes o tumores de ovario, trompa de Falopio, paraováricos o paratubáricos pueden producir dolor por sangrado, torsión o rotura. A veces simula una apendicitis o peritonitis.
 - **Endometriosis.**

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica	Incidencia máxima entre los 30 y 45 años Pruebas de imagen

Diagnóstico diferencial

- Dengue

A FAVOR	EN CONTRA
Fiebre Viaje a país tropical Leucopenia	Exantema No dolor articular generalizado No antecedente de picadura de insecto

Diagnóstico diferencial

- Chikungunya

A FAVOR	EN CONTRA
Fiebre Viaje a país tropical	Mialgias Cefalea Artralgias intensas Exantema maculopapular (en la mitad de los casos)

Diagnóstico diferencial

- Virus zika

A FAVOR	EN CONTRA
Fiebre Viaje a país tropical Leucopenia	Erupción cutánea Conjuntivitis no purulenta

Diagnóstico diferencial

- Malaria

A FAVOR	EN CONTRA
En viajeros debe sospecharse paludismo ante un cuadro de fiebre de cualquier patrón con o sin síntomas, incluso cuando hayan tomado correctamente la quimioprofilaxis.	Exantema No dolor articular generalizado No antecedente de picadura de insecto

Diagnóstico diferencial

- Ébola

A FAVOR	EN CONTRA
Viaje Fiebre Vómitos Diarrea Leucopenia	Debilidad intensa Erupción cutánea Con frecuencia se alteran la función renal y hepática Plaquetas normales Elevación del hematocrito por deshidratación

Diagnóstico diferencial

- Fiebre tifoidea (Típica evolución en escalera)

A FAVOR	EN CONTRA
Fiebre Viaje a país tropical Leucopenia	Fiebre en picos

Diagnóstico más probable

- **DENGUE**

Clínica

- Sobre todo en zonas tropicales y subtropicales (Sudeste asiático, África Central y Caribe).
- Su frecuencia esta en aumento de casos importados en toda la Unión Europea.

Clínica

- **Forma leve o dengue clásico:**

- Cuadro súbito de fiebre. Mialgias intensas. Adenopatías y artralgias de grandes articulaciones.
- A los 3-5 días exantema maculopapuloso pruriginoso y signos de fragilidad capilar con epistaxis y petequias.
- En los casos importados la más frecuente es **fiebre**, cefalea y fatiga.
- En la analítica **leucopenia** con desviación izquierda, trombopenia y alteraciones de la función hepática.

Pruebas a pedir para completar estudio

- Aislamiento del virus o identificación de antígenos (PCR).
- Demostración de IgM.

Diagnóstico más probable

- **FIEBRE TIFOIDEA**

Clínica

- Primera semana:
 - Algún síntoma intestinal.
 - Sensibilidad dolorosa abdominal.
- Leucopenia con aumento de cayados.

Pruebas a pedir para completar estudio

- Sospecha: clínica, anemia, **LEUCOPENIA CON AUMENTO DE CAYADOS.**
- Definitivo: Hemocultivos en la primera semana (método más rentable para un diagnóstico precoz), coprocultivo en la tercera y cuarta semana.

Diagnóstico más probable

- **SOBREINFECCIÓN POR ITU**

A FAVOR	EN CONTRA
Clínica SYS Tenesmo	

Bibliografía

- Green Book D.T.M. Diagnóstico y tratamiento médico; 2019.
- <https://fundacionio.com/viajarseguro/paises/cuba/riesgos-locales-cuba/>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions>

MUCHAS GRACIAS



CUBA

Caso Clínico

Paloma Gándara

Elena Magaz

16 Agosto 2023

Serie Blanca

Leucocitos	↓ 1.9	10 ³ /μL	4.4 - 11.5
Fórmula leucocitaria			
	%	10 ³ /μL	Valores de referencia
Linfocitos	↓ 16.0	0.30	1.30 - 4.10
Monocitos	7.6	0.14	0.00 - 0.90
Eosinófilos	0.2	0.00	0.00 - 0.50
Basófilos	0.6	0.01	0.00 - 0.20
Fórmula leucocitaria microscópica			
Cayados	8	0.15	
N. segmentados	68	1.29	

Serie Roja

Hemates	4.04	10 ⁶ /μL	3.50 - 5.30
Hemoglobina	12.5	g/dL	11.4 - 15.5
Hematocrito	36.9	%	34.0 - 46.5
VCM	91.3	fL	80.0 - 100.0
HCM	30.9	pg	26.0 - 33.4
CHCM	33.9	g/dL	31.0 - 35.5
ADE	13.0	%	10.0 - 16.0

Serie Plaquetar

Plaquetas	174	10 ³ /μL	150 - 350
Volumen Plaquetar Medio	8.4	fL	6.0 - 12.0
Plaquetocrito	0.1	%	0.1 - 0.5
ADP	17	%	8 - 18

Comentario Hemograma:

Hemograma revisado

MDW: **24.84**
Los estudios sugieren que un MDW >21,5% se asocia a riesgo de desarrollo de sepsis. A valorar en el contexto clínico-analítico

HEMOSTASIA

Validado por: M.Cerezales (Técnico) Fecha validación: 21/02/23 18:59 Facultativos: Dra.V.Martinez, Dr. L.Pichardo y Dr. J.A.Rodriguez

E. de Coagulación	Resultado	Unidad	Rango Referencia
Tº. T. Parcial Activada	29.6	s	25.7 - 41.7
Razón Tromboplastina	0.95		0.80 - 1.30
Tº. Protrombina	11.8	s	9.2 - 14.5
Tasa Protrombina	97	%	70 - 120
Razón Normalizada (INR)	1.03		0.80 - 1.26
Fibrinógeno Derivado	490	mg/dL	150 - 450

Analítica de urgencias al ingreso

URGENCIAS

BIOQUIMICA EN SUERO

A partir del 08/10/2019 algunas técnicas tienen nuevos valores de referencia.

GLUCOSA	*	108	mg/dL	[74 - 106]
Valores de referencia en ayunas de 8 horas.				
UREA		30	mg/dL	[17 - 43]
CREATININA		0.75	mg/dL	[0.6 - 1.1]
ESTIMACIÓN CKD-EPI Mujer >0.7		81	mL/min/1.73m2	

Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.

>90: F. G. Normal

60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).

30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).

15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).

< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).

ODIO	*	133	mmol/L	[136 - 146]
OTASIO		3.72	mEq/L	[3.5 - 5.1]
CLORO	*	95	mEq/L	[101 - 109]
MILASA		100	U/L	[28 - 100]
GOT (AST)	*	71	UI/L	[0 - 35]
GPT (ALT)	*	40	UI/L	[0 - 35]
GGT	*	57	UI/L	[0 - 38]
LDH	*	295	UI/L	[0 - 247]
BILIRRUBINA TOTAL		0.54	mg/dL	[0.3 - 1.2]
PROCALCITONINA		0.28	ng/mL	[0 - 0.5]
PROTEINA C REACTIVA	*	30.8	mg/L	[0 - 5]

SISTEMATICO ORINA

DENSIDAD		1010		[1005 - 1025]
LEUCOCITOS	*	500	/mm3	[N]
NITRITOS	*	POSITIVO~		[N]
pH		7	Unidad pH	[5 - 7]
PROTEINAS	*	75	mg/dL	[N]
GLUCOSA		NEGATIVO		[N]
CUERPOS CETONICOS	*	5	mg/dL	[N]
BILIRRUBINA	*	1	mg/dL	[N]
UROBILINOGENO	*	4	mg/dL	[N]
ERITROCITOS	*	150	/mm3	[N]
SEDIMENTO (Microscopio)				

3-6 Leucocitos/campo
2-5 Hematies/campo
Abundante bacteriuria
Cristales medicamentosos



ITU

Analítica al día siguiente

Serie Blanca

Leucocitos	↓ 1.7	10 ³ /μL	4.4 - 11.5
<i>Fórmula leucocitaria</i>			
Linfocitos	↑ 54.9	%	1.30 - 4.10
Monocitos	↑ 14.0	%	0.00 - 0.90
Eosinófilos	0.1	%	0.00 - 0.50
Basófilos	1.6	%	0.00 - 0.20
<i>Fórmula leucocitaria microscópica</i>			
Cayados	8	%	0.14
N. segmentados	21	%	0.36

Serie Roja

Hemates	3.93	10 ⁶ /μL	3.50 - 5.30
Hemoglobina	12.3	g/dL	11.4 - 15.5
Hematocrito	36.1	%	34.0 - 46.5
VCM	91.8	fL	80.0 - 100.0
HCM	31.3	pg	26.0 - 33.4
CHCM	34.1	g/dL	31.0 - 35.5
ADE	13.0	%	10.0 - 16.0

Serie Plaquetar

Plaquetas	↓↓ 76	10 ³ /μL	150 - 350
Volumen Plaquetar Medio	9.5	fL	6.0 - 12.0
Plaquetocrito	↓ 0.1	%	0.1 - 0.5
ADP	17	%	8 - 18

Comentario Hemograma:

No se observan agregados plaquetarios
Frotis revisado

HEMOSTASIA

Validado por: J.García (Técnico)

Fecha validación: 23/02/23 11:15

Facultativos: Dra.V.Martínez, Dr. L.Pichardo y Dr. J.A.Rodríguez

E. de Coagulación	Resultado	Unidad	Rango Referencia
Tº. T. Parcial Activada	33.0	s	25.7 - 41.7
Razón Tromboplastina	1.06		0.80 - 1.30
Tº. Protrombina	11.7	s	9.2 - 14.5
Tasa Protrombina	97	%	70 - 120
Razón Normalizada (INR)	1.02		0.80 - 1.26
Fibrinógeno Derivado	439	mg/dL	150 - 450

PARAMETROS BIOQUIMICOS SUERO

GLUCOSA	* 120	mg/dL	[70 - 110]
UREA	* 10	mg/dL	[16 - 49]
AC.URICO	3.7	mg/dL	[2.4 - 5.7]
CREATININA	0.53	mg/dL	[0.5 - 0.9]
Estimación CKD-EPI Mujer < 0.7	97	mL/min/1.73m2	

Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.

> 90: F. G. Normal

60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).

30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).

15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).

< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).

AST	* 184	UI/L	[0 - 32]
ALT	* 88	UI/L	[0 - 33]
ALP	51	UI/L	[35 - 105]
GGT	* 58	UI/L	[6 - 42]
PROT.TOT	* 6	g/dL	[6.4 - 8.5]
COLEST TOT	136	mg/dL	

Deseable: <200 Limitante: 200-250 Indeseable: >250

TRIGLICERIDOS * 173 mg/dL

Deseable: <150 Limitante: 150-350 Indeseable: >350

HDL COLESTEROL * 35 mg/dL

HOMBRE Deseable: >45 Limitante: 35-45 Indeseable: <35

MUJER Deseable: >55 Limitante: 35-55 Indeseable: <35

CALCIO	* 8	mg/dL	[8.2 - 10.2]
CALCIO CORREGIDO CON PROTEINAS	8.6	mg/dL	
FOSF INORG	2.51	mg/dL	[2.5 - 4.8]
<u>Cambio de Valores de referencia desde el 09/06/2022</u>			
LDH	* 397	U/L	[135 - 250]
BILIRRUBINA TOT.	0.34	mg/dL	[0.1 - 0.9]
HIERRO	* 36	µg/dL	[37 - 145]
TRANSFERRINA	* 199	mg/dL	[200 - 360]
INDICE SATURACION TRANSFERRINA	18	%	[17 - 48]
FERRITINA	* 5097	ng/mL	[15 - 150]
ALBUMINA	3.54	g/dL	[3.5 - 5.2]
CLORO	102	mmol/L	[98 - 107]
SODIO	138	mmol/L	[135 - 145]
POTASIO	3.6	mmol/L	[3.5 - 5.1]

INDICES SERICOS: INTERFERENCIAS ANALITICAS.

HEMOLISIS (0-10):	0
TURBIDEZ (0-5):	0
ICTERICIA (0-10):	0

PRUEBAS REUMATICAS

P.C.REACTIVA	* 20.8	mg/l	[0 - 5]
--------------	--------	------	-----------

BIOQUIMICA EN SUERO

PROCALCITONINA	0.20	ng/mL	[0 - 0.5]
----------------	------	-------	-------------

FUNCION TIROIDEA

TSH	2.44	µUI/L	
Quimioluminiscencia 3ª Generación			
Eutiroideo: 0.27 - 4.20 µUI/L			
Hipertiroideo: <0.01 µUI/L			
Hipotiroideo: >7 µUI/L			
Embarazo: 1º Trimestre: 0.33 - 3.72 µUI/L			

Analítica al alta

Hemograma

Serie Blanca

Leucocitos ↓ **3.6** 10³/μL 4.4 - 11.5

Fórmula leucocitaria

	%	10 ³ /μL	Valores de referencia
Neutrófilos	69.9	2.52	2.00 - 8.00
Linfocitos	18.2	0.66	1.30 - 4.10
Monocitos	8.6	0.31	0.00 - 0.90
Eosinófilos	3.0	0.11	0.00 - 0.50
Basófilos	0.3	0.01	0.00 - 0.20

Serie Roja

Hemates	4.07	10 ⁶ /μL	3.50 - 5.30
Hemoglobina	↓ 11.3	g/dL	11.4 - 15.5
Hematocrito	↓ 33.2	%	34.0 - 46.5
VCM	81.6	fL	80.0 - 100.0
HCM	27.8	pg	26.0 - 33.4
CHCM	34.0	g/dL	31.0 - 35.5
ADE	15.2	%	10.0 - 16.0

Serie Plaquetar

Plaquetas	↓ 106	10 ³ /μL	150 - 350
Volumen Plaquetar Medio	9.0	fL	6.0 - 12.0
Plaquetocrito	↓ 0.1	%	0.1 - 0.5
ADP	18	%	8 - 18

BIOQUIMICA EN SUERO

A partir del 08/10/2019 algunas técnicas tienen nuevos valores de referencia.

GLUCOSA	94	mg/dL	[74 - 106]
Valores de referencia en ayunas de 8 horas.			
UREA	43	mg/dL	[17 - 43]
CREATININA	1.03	mg/dL	[0.6 - 1.1]
ESTIMACIÓN CKD-EPI Mujer >0.7	55	mL/min/1.73m2	
Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra. >90: F. G. Normal 60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses). 30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses). 15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses). < 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).			
SODIO	141	mmol/L	[136 - 146]
POTASIO	3.93	mEq/L	[3.5 - 5.1]
CLORO	109	mEq/L	[101 - 109]
CALCIO	8.9	mg/dL	[8.8 - 10.6]
PROTEINAS TOTALES	* 6	g/dL	[6.6 - 8.3]
GOT (AST)	15	UI/L	[0 - 35]
GPT (ALT)	20	UI/L	[0 - 35]
GGT	* 59	UI/L	[0 - 38]
LDH	126	UI/L	[0 - 247]
BILIRRUBINA TOTAL	0.34	mg/dL	[0.2 - 1.2]
PROCALCITONINA	* 1.50	ng/mL	[0 - 0.5]
PROTEINA C REACTIVA	* 118	mg/L	[0 - 5]

Tipo de Muestra **HECES**

MICROBIOLOGIA

ESTUDIOS *C.difficile*

CD PCR Toxina B (*C.difficile*)

COPROCULTIVOS

COPROCULTIVO

-
Negativo

-
Flora habitual

UROCULTIVOS

UROCULTIVO

Recuento superior a 100.000 UFC/ml
POSITIVO

Proteus mirabilis

	<i>P.mirabilis</i>					
Ampicilina	8	S				
Cefuroxima	<=4	S				
Gentamicina	<=2	S				
Nitrofurantoina	>64	R				
Ciprofloxacina	<=0.25	S				
Cotrimoxazol	>4/76	R				
Fosfomicina	<=32	S				
Colistina	>4	R				

MARCADORES HEPATITIS B

VHB HBs Ag	-
VHB anti HBs	Negativo
VHB anti HBc	Negativo

MARCADORES HEPATITIS C

VHC Ac	-
--------	---

SEROLOGIA VIH

VIH 1/2 (Ac+ Ag p24)	-
----------------------	---

SEROLOGIA HERPESVIRUS

VEB VCA IgG	-
VEB VCA IgM	POSITIVO
VEB EBNA IgG	Negativo

CMV IgG	POSITIVO
---------	----------

CMV IgM	POSITIVO
---------	----------

AGLUTINACIONES SALMONELLA

Salmonella typhi O (Ac)	-
Salmonella typhi H (Ac)	Negativo

SEROLOGIA LUES

Lúes Ac totales (CMIA)	-
------------------------	---

SEROLOGIA PARASITARIA

Toxoplasmosis IgG	-
Toxoplasmosis IgM	348.7 Positivo (UI/ml)

SEROLOGIA VARIOS

Rickettsia conorii Anti IgG	-
Rickettsia conorii Anti IgM	Negativo

SEROLOGIA RESPIRATORIA

Coxiella burnetti IgG (Fase II)	-
Coxiella burnetti IgM (Fase II)	Negativo

CR REFERENCE LAB.

Borrelia burgdorferi IgG	-
--------------------------	---

-
Negativo
Negativo
Negativo

-
Negativo

-
POSITIVO
Negativo

POSITIVO
POSITIVO

-
Negativo
Negativo

-
Negativo

-
348.7 Positivo (UI/ml)
Negativo

-
Negativo
Negativo

-
Negativo
Negativo

-
0.13



Tipo de Muestra: **SANGRE EDTA**

CMV Cuantitativo
PCR CUANTITATIVOS

No se detecta

Rickettsia conorii IgM

Zona límite, índice entre 1,00 - 1,99
No se detectan (título inferior a 1:192)
Se consideran niveles significativos a partir de
título 1:192

-

Virus Zika IgG

La presencia de anticuerpos de tipo IgM es
compatible con infección reciente.

0.34

Índice inferior a 0,80 - Ausencia de niveles
detectables de anticuerpos

Índice entre 0,80 - 1,09 - Zona límite

Índice igual o superior a 1,10 - Presencia de
anticuerpos

-

Para descartar una posible infección reciente se
pueden determinar anticuerpos
de tipo IgM y/o efectuar dos análisis sucesivos
de anticuerpos IgG en un
intervalo de 2-4 semanas, siendo significativo un
índice 2 veces superior al
precedente.

Tipo de Muestra **SANGRE EDTA**

PARASITOS

Plasmodium spp Ag -
Negativo

Virus Dengue IgM (IC)

Positivo

En la infección primaria aparecen anticuerpos IgM a los 3-5 días desde el inicio de la fiebre y persisten 30-90 días aunque pueden detectarse incluso a los 8 meses de la infección.

En la infección secundaria aparecen anticuerpos IgG pudiendo asimismo presentarse anticuerpos IgM.

Las reacciones cruzadas con otros flavivirus (fiebre amarilla, encefalitis Japonesa, encefalitis Murray Valley...) son menos frecuentes con anticuerpos IgM que con anticuerpos IgG.

Virus Chikungunya IgG

No se detectan (título inferior a 1:10)
Se consideran niveles significativos los títulos iguales/superiores a 1:10

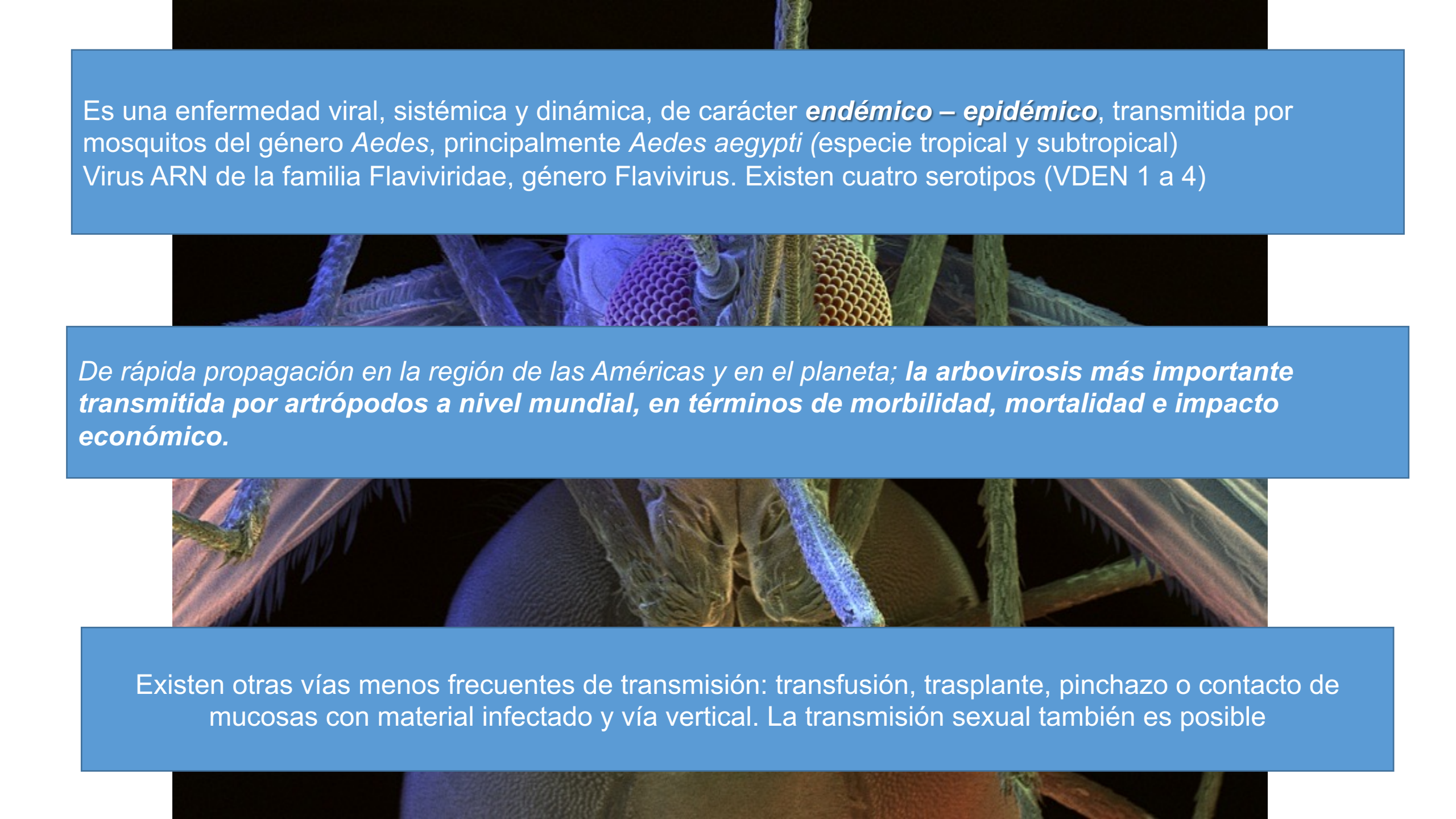
Virus Chikungunya IgM

No se detectan (título inferior a 1:10)
Se consideran niveles significativos los títulos iguales/superiores a 1:10

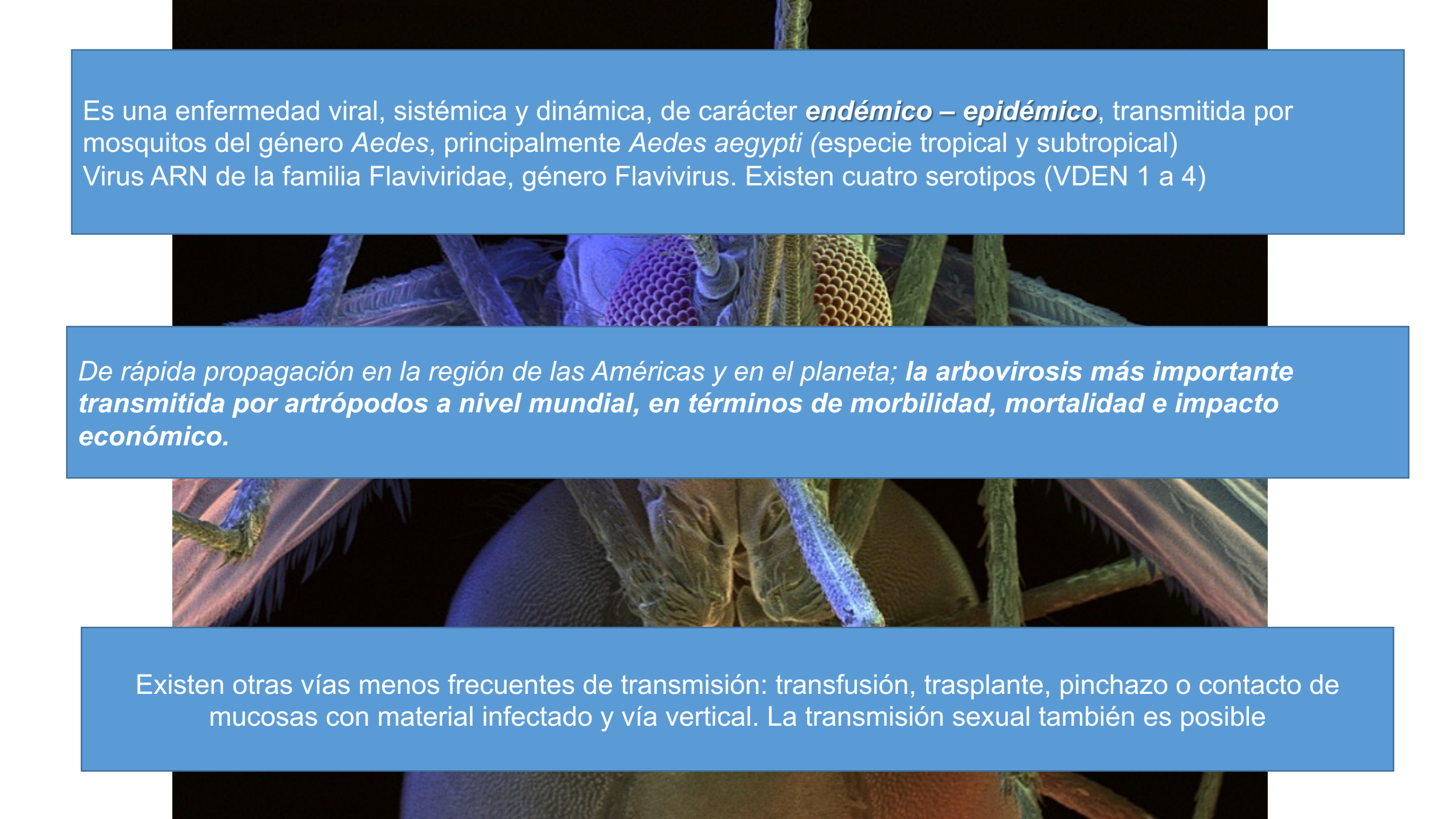
- Dengue

- ITU por *Proteus Mirabilis*

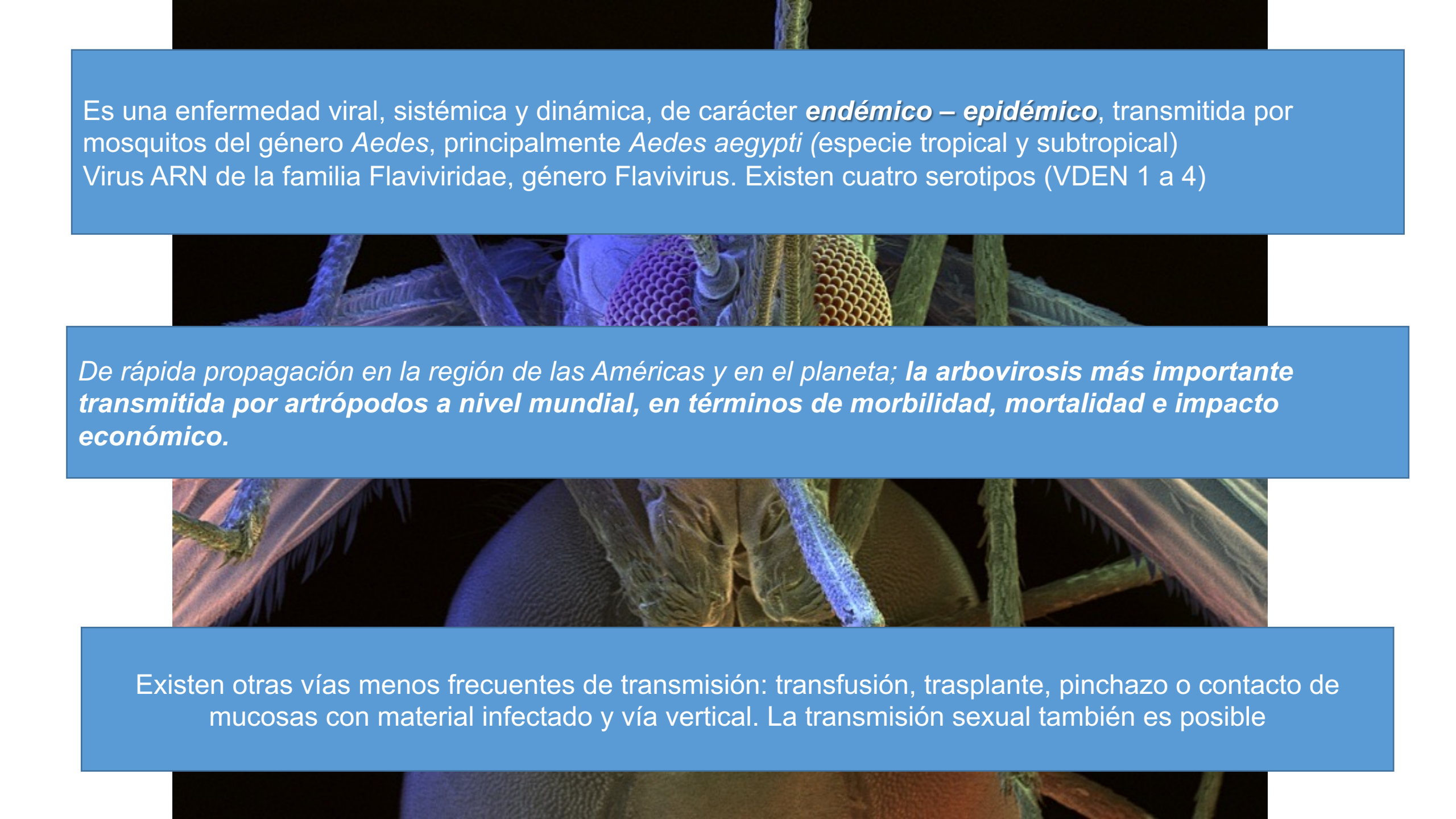




Es una enfermedad viral, sistémica y dinámica, de carácter **endémico – epidémico**, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti* (especie tropical y subtropical)
Virus ARN de la familia Flaviviridae, género Flavivirus. Existen cuatro serotipos (VDEN 1 a 4)



*De rápida propagación en la región de las Américas y en el planeta; **la arbovirosis más importante transmitida por artrópodos a nivel mundial, en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.***

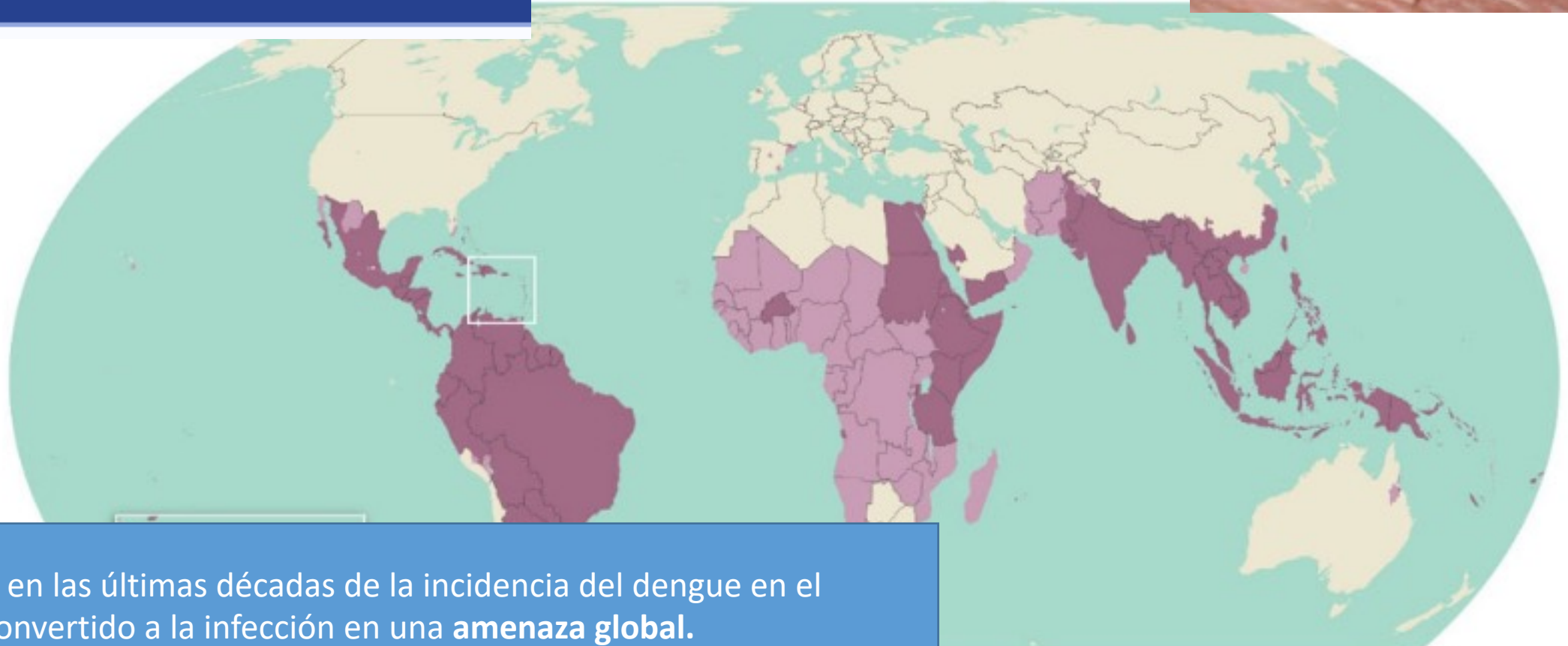


Existen otras vías menos frecuentes de transmisión: transfusión, trasplante, pinchazo o contacto de mucosas con material infectado y vía vertical. La transmisión sexual también es posible



Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CDC 24/7: Salvamos vidas. Protegemos a la gente™

Dengue

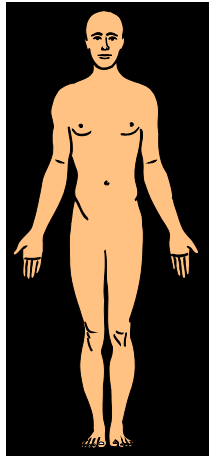
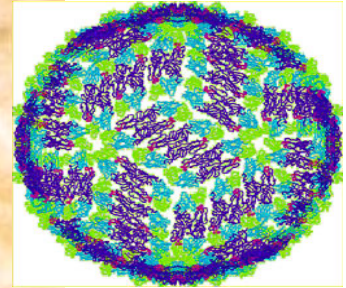


- El aumento en las últimas décadas de la incidencia del dengue en el mundo, ha convertido a la infección en una **amenaza global**.
- Se estima que anualmente hay entre **50-100 millones de casos**.
- La enfermedad es endémica en más de 100 países, siendo las regiones más afectadas las Américas, Asia sudoriental y el Pacífico Occidental

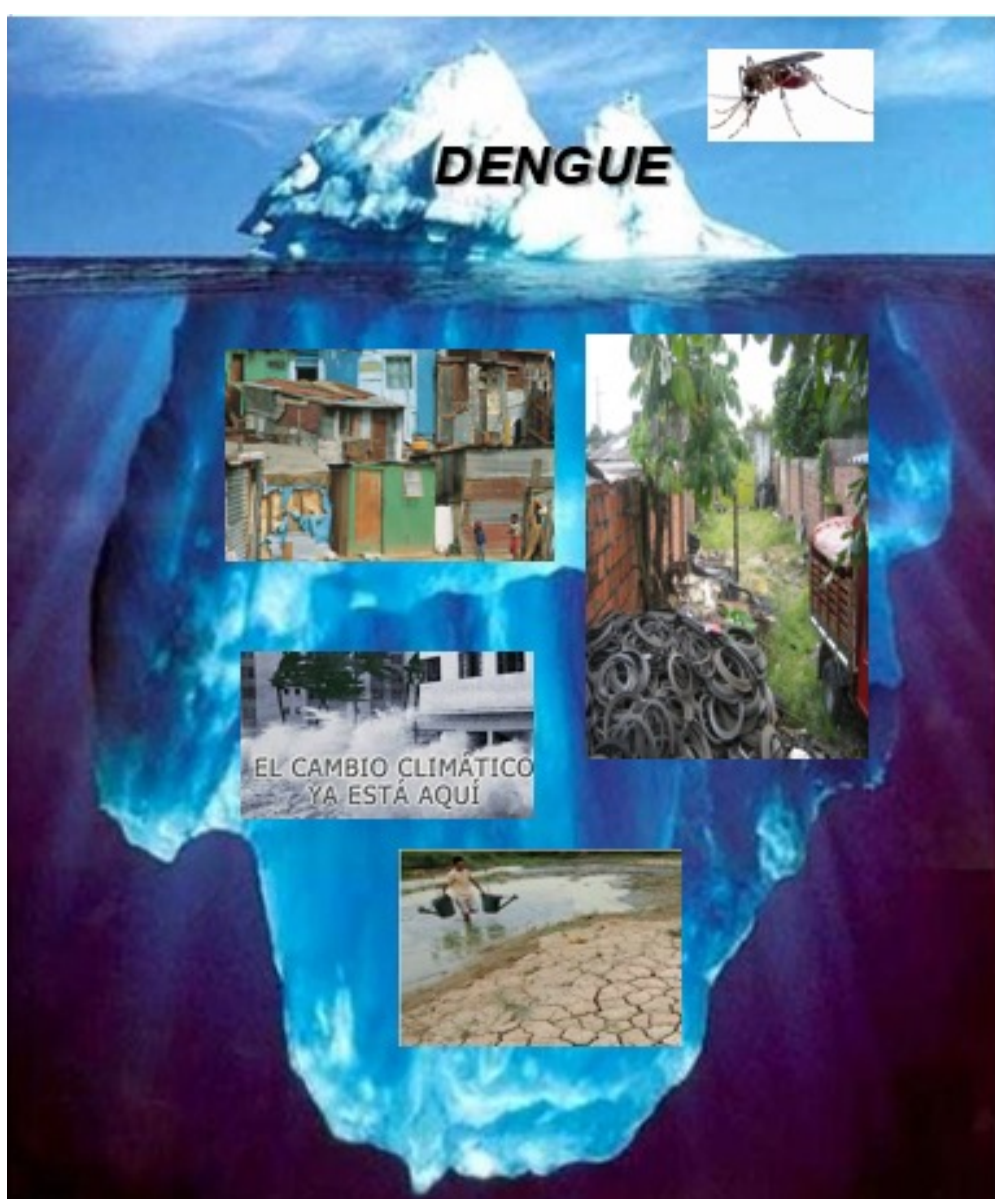
- Riesgo de dengue frecuente o continuo
- Riesgo de dengue esporádico o incierto
- No hay evidencia de riesgo de dengue

Hembra Aedes Aegypti

La hembra es infectante
7 a 10 días después de
contagiarse del virus.



Potencial: puede infectar
hasta 300 personas



Los criaderos de estos mosquitos suelen ser tanto naturales: huecos en árboles o grietas de rocas, como artificiales: jarras, floreros, ceniceros, platos de macetas o sumideros de fuentes.



Dengue

Probable Dengue

Live in/travel to endemic area.

Fever and 2 of the following criteria

- Nausea/vomiting
- Rash
- Aches and pains
- Tourniquet test positive
- Leukopenia
- Any warning sign

Laboratory-confirmed

Dengue with Warning Signs

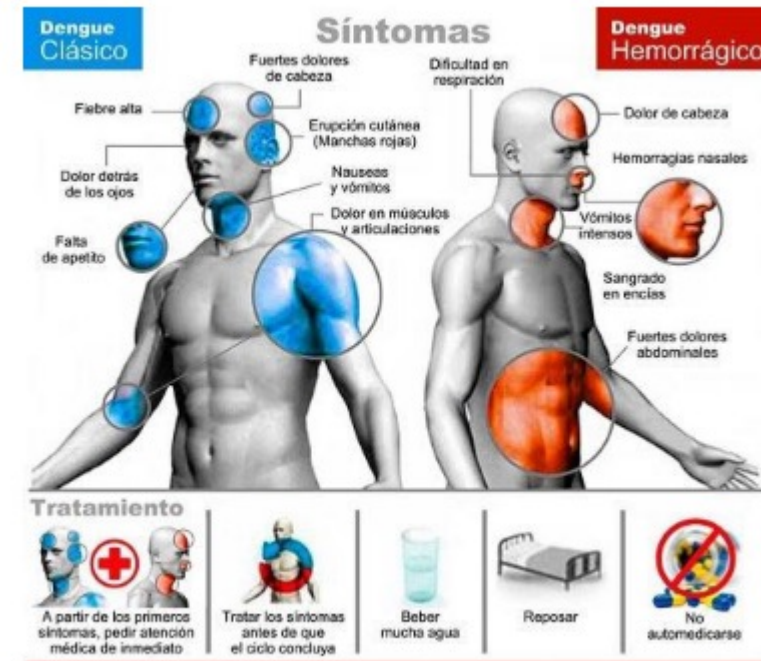
Presence of warning signs

- Abdominal pain or tenderness
- Persistent vomiting
- Clinical fluid accumulation (ascites, pleural effusion)
- Mucosal bleeding
- Lethargy, restlessness
- Postural hypotension

Severe Dengue

One of the following manifestations

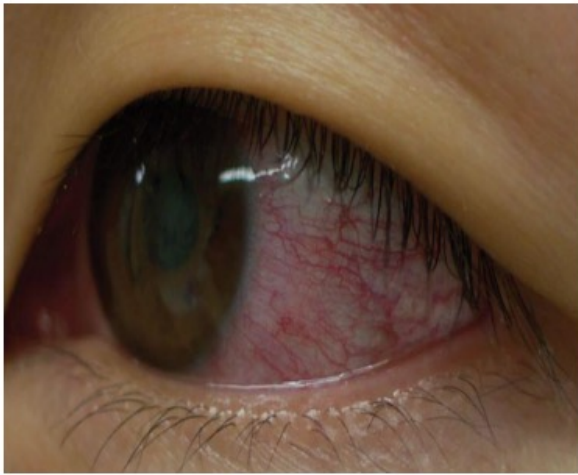
- Shock or respiratory distress due to severe plasma leakage
- Severe bleeding (based on evaluation by attending physician)
- Severe organ involvement (such as liver or heart)



SINTOMAS	DENGUE	CHIKV	ZIKAV
Fiebre	++++	+++	+++
Mialgia/artralgia	+++	++++	++ ↓
Edema en extremidades	0	0	++ ↑
Rash maculopapular	++	++	+++ ↑
Dolor retro-orbital	++	+	++
Conjuntivitis	0	+	+++ ↑
Linfoadenopatías	++	++	+ ↓
Hepatomegalia	0	+++	0
Leucopenia/trombocitopenia	+++	+++	0
Hemorragia	+	0	0



Clásico exantema “islas blancas en un mar rojo”



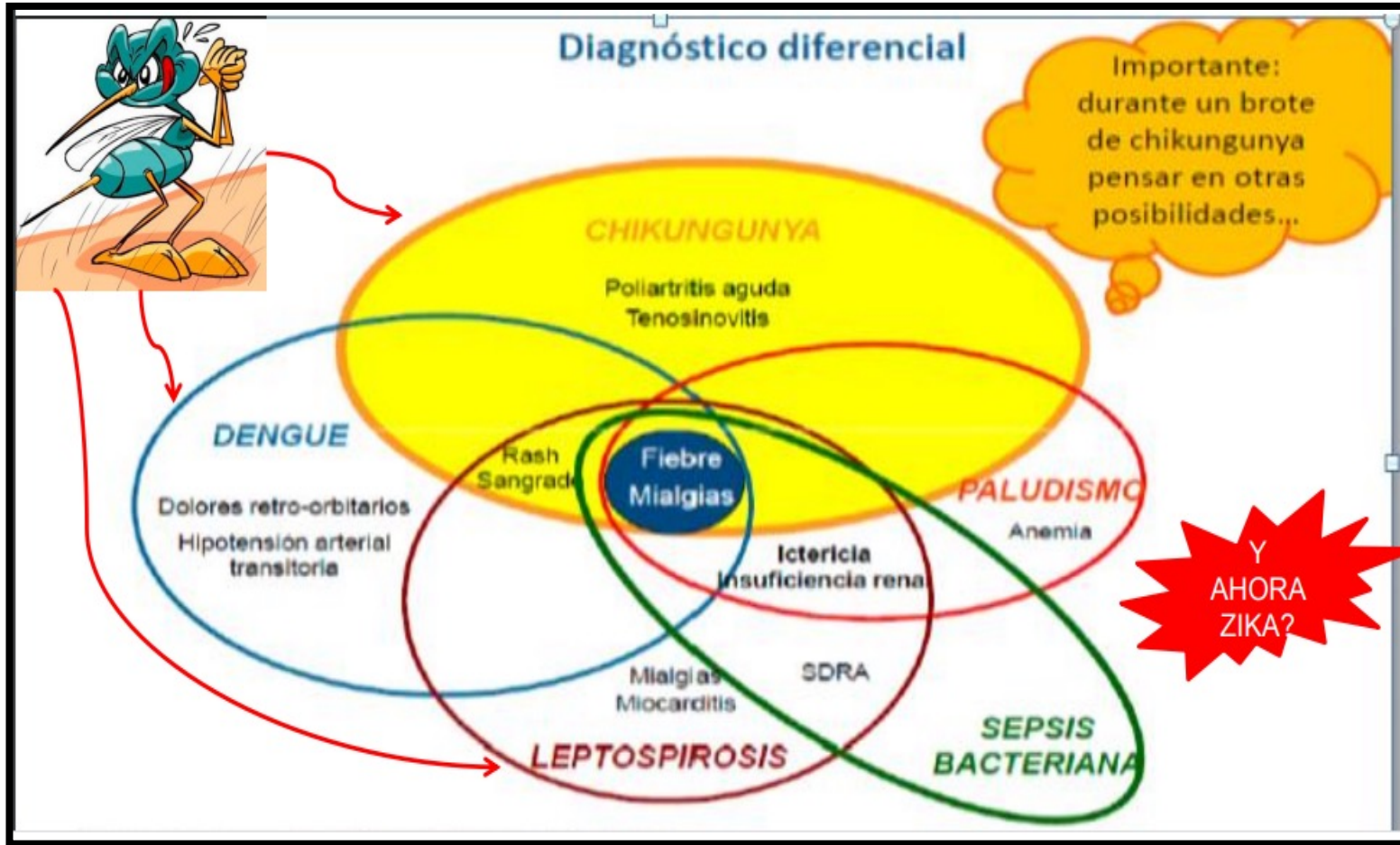
Diagnóstico

- Detectar secuencias genómicas virales por medio de rRT-PCR o el antígeno de la proteína no estructural del dengue 1 (NS1) por medio de inmunoensayo.

-Anticuerpos IgM contra el virus del dengue se pueden detectar por medio de ELISA.

Tratamiento

No existe un medicamento específico.
Sintomático





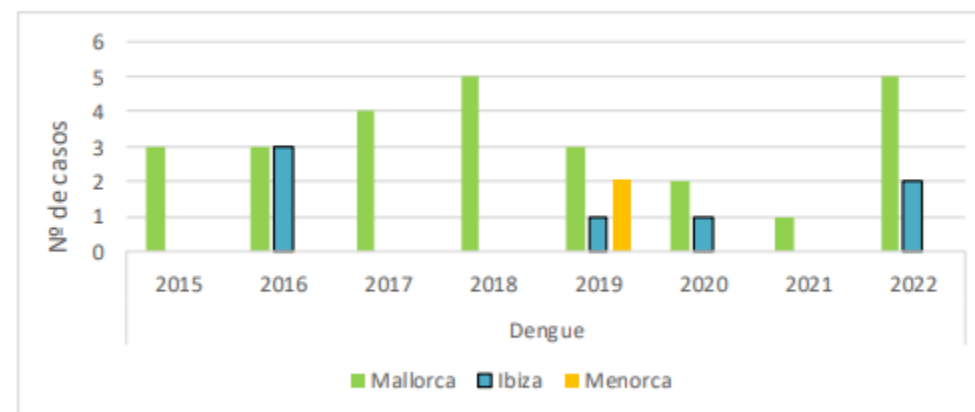
Centro de Coordinación de
Alertas y Emergencias Sanitarias

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

Situación en España

En España, la enfermedad es de declaración obligatoria a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) desde el año 2015. Según los datos de la RENAVE, el dengue es una enfermedad **principalmente importada en España**. Desde 2016 a 2021 la evolución de notificaciones ha sido variable, con un promedio de **204 casos anuales**, máximo en 2019, y con mayor número de casos en períodos vacacionales (junio a septiembre) (5). Hasta el momento se han detectado ocho casos de dengue autóctono. Los primeros casos se identificaron en 2018: un brote de 5 casos relacionados en la Región de Murcia y otro caso aislado residente en Cataluña, no relacionado con el brote anterior (6). En 2019 se detectó otro caso autóctono en Cataluña, además de un caso en Madrid, este último probablemente debido a transmisión sexual (7).

Figura 2. Distribución de número de casos importados de dengue, por Isla y por año. Islas Baleares, 2015-2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. Datos disponibles a 24/02/2023

E Los hospitales españoles detectan un súbito aumento de viajeros con enfermedades tropicales

ORIOL GÜELL | Barcelona | 05 AGO 2023 - 05:35 CEST

La elevada incidencia de chikungunya y dengue en los países



20minutos

DENGUE



La OMS avisa de que el mosquito del dengue, zika y chikungunya está en Europa: "Puede ser una anticipación de lo que podría ocurrir"

EP

- "Con el cambio climático, han ido aumentando. Ahora

OMS/

La OMS advierte a Europa de un posible brote de mosquito dengue: la mitad de la población mundial está en riesgo

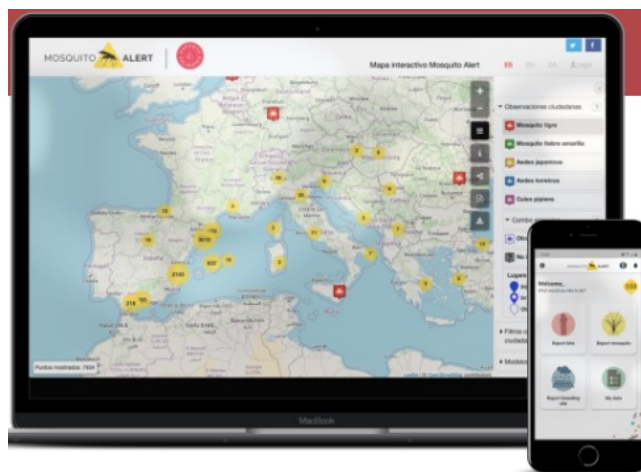
Cerca de la mitad de la población está en riesgo de contagiarse y la Organización Mundial de la Salud cree que el aumento se debe a las altas temperaturas.

Sociedad

El dengue volverá a ser endémico en España en 30 años

Las enfermedades transmitidas por mosquitos como el zika o el chikungunya están en claro ascenso y, aunque aún no son endémicas, ya se ven contagios autóctonos

- "Si te pica, notifica", así es 'Mosquito Alert', la nueva app de Sanidad para prevenir enfermedades



Última actualización: 10/07/2023



TEMA 7: MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS (DENGUE, WEST NILE...) Y RELACIONADAS CON EL CAMBIO CLIMÁTICO.

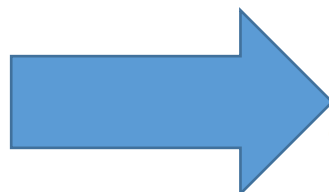
Autores:

Francisco Javier Membrillo de Novales | Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Miriam José Álvarez Martínez | Hospital Clínic Barcelona

Consecuencias estimadas en 2050. En el año 2050, todos estos factores podrían llevar a las siguientes consecuencias:

- Aparición de epidemias de dengue, Zika o Chikungunya en todo el sur, centro y Levante español produciendo entre cientos y cientos de miles de contagios.
- Persistencia endémica de alguno de estos virus con circulación de varios serotipos de dengue, lo que conllevaría la aparición de cientos de casos de dengue hemorrágico en personas reinfectadas.
- En caso de introducción del virus Zika, necesidad de aislamiento, uso de repelentes insecticidas, ropa y mosquiteras en mujeres embarazadas o con deseo de concebir. Aparición de casos de malformaciones en recién nacidos en España por contagio de sus madres por virus Zika durante el embarazo
- Aumento de los casos de encefalitis por virus *West-Nile* en el suroeste español.
- Peligro de reintroducción de la malaria, erradicada en España en 1964.



PROPUESTAS DE ACCIÓN Y RECURSOS NECESARIOS

1. Incremento de los esfuerzos de control del avance del cambio climático, dentro de un enfoque sanitario.
2. Medidas educativas para transmitir a la población general los efectos del avance del cambio climático en la distribución de las enfermedades infecciosas.
3. Control de la expansión de los vectores:
 - 3.1. Aumento de las medidas de vigilancia entomológica y control de plagas. Estudios de competencia de mosquitos.
 - 3.2. Establecimiento de interconexiones entre salud humana y animal (*One Health*). Difusión periódica y eficaz de la información de vigilancia veterinaria a los profesionales de salud humana, con objeto de concienciar sobre la posibilidad de detección de casos autóctonos de enfermedades hasta entonces importadas.
4. Establecimiento de una red de vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores:
 - 4.1. Dotar a los laboratorios de Microbiología de medios y personal suficientes para poder diagnosticar desde Atención Primaria casos sospechosos de enfermedades transmitidas por vectores 24 horas al día, 7 días a la semana.
 - 4.2. Disponibilidad de especialistas específicamente formados y capacitados para la sospecha clínica, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores. Creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas.
5. Establecimiento de una red de unidades especializadas en Medicina Tropical y del Viajero en todos los hospitales de tercer nivel, suficientemente dotadas en personal y medios, así como de mecanismos de consulta y derivación eficaz desde niveles inferiores de atención sanitaria.