



Mi Universidad

NOMBRE DE ALUMNO: MARÍA ISABEL SÁNCHEZ MONDRAGÓN

NOMBRE DEL PROFESOR: SANDRA YAZMIN RUIZ FLORES

NOMBRE DE LICENCIATURA: ENFERMERÍA

**NOMBRE DEL TRABAJO: CUADRO SINOPTICO
PATOLOGÍAS DE LOS NIÑOS**

**MATERIA: ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE**

GRADO: SÉPTIMO CUATRIMESTRE

GRUPO: B SEMIESCOLARIZADO

PICHUCALCO, CHIAPAS A 3 DE DICIEMBRE 2022

ENFERMEDADES

Difteria

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

La bacteria responsable de la difteria se llama *Corynebacterium diphtheriae*. La difteria se puede adquirir: 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. Las lesiones cutáneas también son una fuente de infección, sobre todo en los climas tropicales.

Signos y síntomas

El tiempo que transcurre desde que se tiene el contacto con la bacteria hasta que aparece la difteria (periodo de incubación) es de 2 a 5 días. El 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. Difteria cutánea.

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 aparece enrojecida y a los 2 o 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.

Tratamiento y Complicaciones

Las enfermedades más frecuentes de la difteria se deben a: Aumento de la extensión de las falsas membranas, lo que produce una obstrucción de las vías aéreas. Los niños son especialmente susceptibles debido al pequeño tamaño de sus 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 universalidad del sureste 18 proporcional a la gravedad de la enfermedad local. Es un signo de mal pronóstico. o Afectación del sistema nervioso

Los pacientes con difteria respiratoria deben ser hospitalizados para controlar la respuesta al tratamiento y vigilar las posibles complicaciones. Administración de antitoxina diftérica. Se administra para neutralizar la toxina producida por la bacteria

D
I
F
T
E
R
I
A



M
E
N
I
N
G
I
T
I
S

Síntomas

MENINGITIS

La meningitis es un proceso inflamatorio agudo del sistema nervioso central causado por microorganismos que afectan las leptomeninges. Un 80% ocurre en la infancia, especialmente en niños menores de 10 años (*Haemophilus influenzae b*, *Neisseria meningitidis C* y *Streptococcus pneumoniae*) y con el desarrollo de antibióticos más potentes y con buena penetración hematoencefálica, ha disminuido la incidencia y ha mejorado el pronóstico de la infección, pero las secuelas y la mortalidad no han sufrido grandes cambios inicio precoz de la antibioterapia empírica.

Las bacterias más frecuentes en el periodo neonatal son *Streptococcus agalactiae* (en relación con la colonización materna en el canal del parto), *E. coli* y *Listeria monocytogenes*. En los niños entre 1 y 3 meses de vida pueden aislarse los patógenos neonatales y los propios de mayores de 3 meses.

. En niños mayores de 3 meses los microorganismos más frecuentes son meningococo B y neumococo, siendo actualmente *H. influenzae b* (HIV) y meningococo C causas excepcionales por la introducción de las vacunas conjugadas frente a estas bacterias

SIGNOS

Y

SÍNTOMAS

Las meningitis se caracterizan todas ellas por **fiebre y dolor de cabeza (cefalea)**. Dado que muchas enfermedades producen fiebre y dolor de cabeza, estos síntomas son poco específicos. El dolor de cabeza, sin embargo, suele ser más persistente que el dolor de cabeza asociado a otras infecciones y responde peor al tratamiento con analgésicos.

síntomas se presentan entre los tres y los siete días tras el contagio y varían en función de la edad del niño:
En neonatos: la meningitis cursa de forma rápida y fulminante con una afectación importante del estado general. En este caso, sus principales síntomas son:
Decaimiento o irritabilidad

Rechazo del alimento. Coloración icterica (amarilla) o cianótica (azul) de la piel. Posibilidad de hipertermia o hipotermia Fontanela abombada. Dificultad respiratoria

TRATAMIENTO

Y

COMPLICACIONES

La administración de **corticoides** por vena. La administración de **antibióticos**. Los antibióticos deben iniciarse de forma inmediata, aunque no se conozca el microorganismo responsable de la infección. El tipo de antibiótico que se administra depende del microorganismo que se sospeche, una sospecha que viene condicionada por la edad del paciente y por otras enfermedades que pueda tener

En el caso de que se llegue a identificar el microorganismo responsable con las técnicas microbiológicas, se debe seleccionar el antibiótico preciso para el microorganismo en cuestión.

Los tratamientos disponibles para el VHC pueden incluir el uso de medicamentos antivirales. Estas opciones de medicamentos dependen de los casos individuales, la cepa del virus que ocasiona la infección y las recomendaciones del médico. ribavirin (CoPegus)daclatasvir (Daklinza)
sofosbuvir y velpatasvir (Epclusa)
ledipasvir y sofosbuvir (Harvoni)
telaprevir (Incivek)

REFERENCIAS

- Erreger viraler Infektionserkrankungen. In: Kayser F, Zinkernagel RM (Hrsg)..
Medizinische Mikrobiologie, Thieme, 2005 (Stuttgart),
Cohen BA..
Pädiatrische Dermatologie..
, Elsevier/Urban & Fischer, 2007 (München),
Hall RK..
Pediatric orofacial medicine and pathology..
, Chapman & Hall Medical, 1994 (London),
Laskaris G..
Color atlas of oral diseases in children and adolescents..
, Thieme, 2003 (Stuttgart),
Kowalzik F, Mannhardt W, Habermehl P, Knuf M..
Typische orale Manifestationen bei pädiatrischen Allgemeinerkrankungen..
, 114 (Zahnärztliche Welt 2005), pp. 140-144

