



Universidad del sureste universidad
Campus Comitan
Licenciatura en medicina humana

Materia:
Clínica pediátrica

Nombre del trabajo
Diagrama

Alumno:
Óscar Manuel Moreno Maza

Grupo
A

Grado
7

Docente:
Dr. Miguel García Castillo

Comitan de Dominguez a 18 de diciembre del 2024

Bronquiolitis

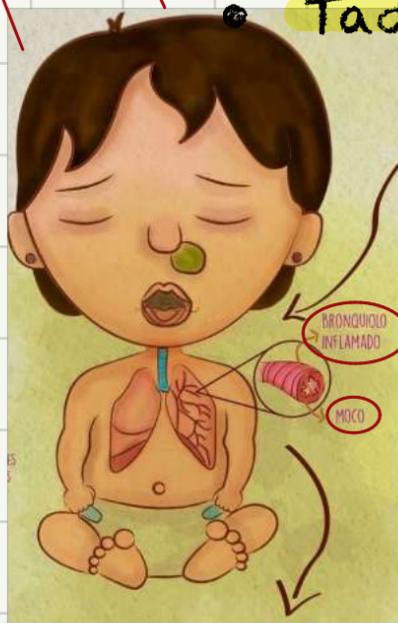
Definición

Es el primer episodio de sibilancias causadas por infecciones virales en niños menores de 2 años

- Causa común de enfermedad y hospitalización en lactantes y niños pequeños
- Ocurre principalmente en otoño e invierno
- La incidencia máxima de hospitalización ocurre entre los 2-6 meses

Manifestaciones clínicas

- Tos.
- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Rinorrea hialina
- Sibilancias y estertores
- Taquipnea



Factores de riesgo

- Prematurez
- Enfermedad pulmonar crónica
- Defectos anatómicos de la vía respiratoria
- Cardiopatía congénita

Diagnóstico

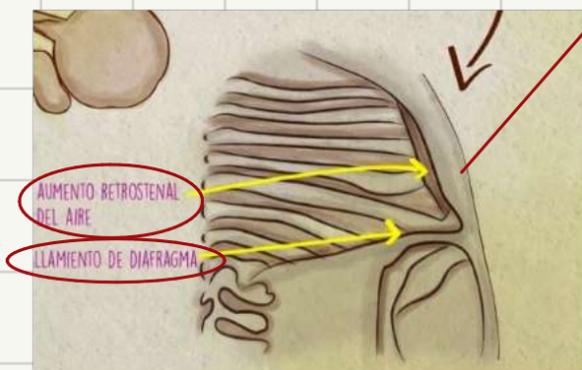
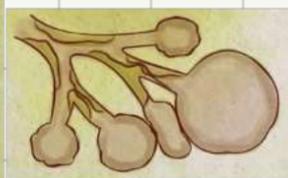
- Cuadro clínico
- Radiografía
- PCR

Tratamiento

- Primer paso: nebulización con solución salina hipertónica.
- si $Sat < 92\%$ oxígeno complementario + adrenalina o salbutamol.

Prevención

- Pavilizumab (15mg/kg Im)
- Lavado de manos
- Evitar exposición al humo del cigarro



Escala usada

- Wood-Downes

Etiología

- El virus sincitial respiratorio es el agente causal más frecuente (casi 80% de los casos)
- Otros agentes causales menos comunes son: Rinovirus, metapneumovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza

Neumonía (adquirida en la comunidad)

¿? 🤔

Es una **inflamación del parénquima pulmonar**

Causa más común de neumonía

Viral

Etiología

Viral.

VSR 79%

Rinovirus 60%

Bacteriana

S. Pneumoniae 76%

RN

S. agalactae

Epidemiología

>2 millones de muertes en México

Factores de riesgo

Prematuros

↓ Peso

Masculino

Corioamnioititis

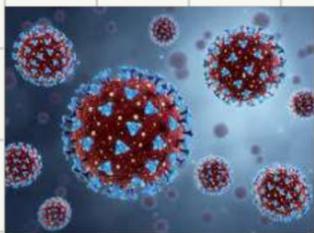
Ambientales

Tabaquismo

Prevención

Lactancia exclusiva

Evitar tabaquismo



Clínica

Tos

Disnea

Taquipnea

Fiebre

Crepitantes

Diagnostico

Clínica

Exámenes

Bh

**Leucocitosis/
neutrofilia**

Rx

**Consolidaciones/
parches algodonosos
Bacteriana**

Tratamiento

Viral+no influenza

sintomático

Viral + influenza

Osentamivir

Zinamivir

Bacteriano

Amoxicilina Vo

Macrolidos

Claritromicina

Azitromicina



EDA



Definición

Mayor de 3 evacuaciones en menos de 24 horas con cambios en la consistencia
Náuseas, vómito cólico abdominal

Si se autolimita

Es viral

Rotavirus



3 tipos

Diarrea acuosa

Aguda

Etiología viral

Rotavirus

Alteración en las microvellosidades del intestino

Duración

<3 días

Síntomas

Fiebre

Diarrea

Dolor

Evacuaciones líquidas y abundantes

Prevención

Vacunación

Lactancia materna

Tratamiento

Manejar

deshidratación

Diarrea disintérica

Sangre en heces

Duración

Promedio 5 días

Fisiopatología

Inflamación e invasión de los enterocitos a nivel del Colón

Agente causal

Shigella

Clínica

+14 días

Tenesmo

Sangre

Dolor

Tratamiento

Azitromicina

Trimetropim

Diarrea persistente

Infecciosas

Parásitos

Diarrea con moco

No infecciosas

Alergia a la proteína de la leche materna

Presencia de eosinófilos en la Bh

Tratamiento

Metronidazol



Síntomas de las Enfermedades Diarreicas

Agudas (EDAS)



Plan de hidratación



Datos de deshidratación

Inquietud, irritabilidad, ojos hundidos, boca seca, respira rápido, turgencia de la piel, llenado capilar >2 seg, llanto sin lágrimas, fontanela hundida

Plan A

Indicaciones

Alimentación habitual
No suspender lactancia materna
No bebidas carbonatadas
SRO a libre demanda o después de cada evacuación o vómito

<1 año: 75ml
>1 año 150ml

Factores de riesgo

>3 vómitos/h
>10 evacuaciones/24h
Px que estuvo en plan c o b



Mantener en observación 4h

Tolera SRO por 2h

Si
Alta
No



PLAN B

Deshidratación moderada

Sabemos peso Px 50-100ml/kg/4h
fraccionados 8 tomas c/30min

Si no conocemos peso Px

<4m: 200 a 400ml
>4m-12m: 400-600ml
>12-23m: 600-1200ml
2-5 años: 800-1400 ml

Si este mejora regresamos plan A

Si no

Continuamos por 2h más y revaluamos

Si no mejora

PLAN C

Utilizar sol sal 0.9% o ringer lactato.

Se calcula 100ml/kg fraccionado en 3h

1h: 50ml/kg

2h: 25ml/kg

3h: 25ml/kg



FlashCards Pediatría

VALORACIÓN DE LA DEHIDRATACIÓN EN PACIENTES CON DIARREA

@plataformaenarm PLATAFORMA ENARM Plataforma ENARM

CRITERIOS	A	B	C
ESTADO GENERAL	Normal y Alerta	Intranquilo e Irritable	Letárgico o inconciente
OJOS	Normales	Secos	Hundidos
SED	No hay y bebe normal	Sediento y bebe bastante	Deshidratado y no es capaz de beber
PLIEGUE CUTÁNEO	Recuperación Instantanea	Recupera Lentamente	Recupera Tardamente
DIAGNÓSTICO	Sin Deshidratación	Con Deshidratación	Deshidratación Grave
TRATAMIENTO	Plan A	Plan B	Plan C

Retorna al tema dentro de tu Plataforma ENARM www.plataformaenarm.com

Sarampión



Enfermedad **exantemática** aguda, caracterizada por un periodo **prodromico** febril con manifestaciones respiratorias y exantema específico, seguidas de unas **erupciones maculopapulares**.

Etiología:

Paramyxovirus (virus ARN)

Contagio:

Gotitas de **Flügge**

Incubación:

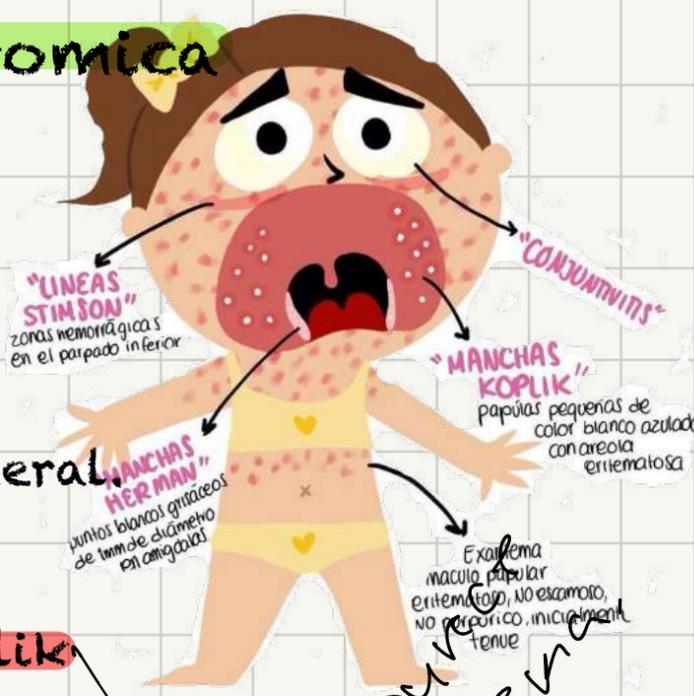
10-12 días

Epidemiología:

Máximo contagio (fase prodromica), antes de la aparición del exantema

Fase prodromica

3-5 días



- Exantema retroauricular
- Fiebre
- Mal estado general
- Tos seca
- Conjuntivitis
- Mancha de Koplik**

Diagnóstico

Clínico

Serología específica
IgM

Inmunizaciones

Vacuna triple viral (SRP)
12 meses, 18 meses, 6 años

Contraindicaciones

- Anafilaxia (neomicina) o una anterior
- Hipersensibilidad grave
- Fiebre
- Embarazadas (3m antes)

Recomienda

- Alérgicos al huevo
- Niños contacto embarazadas
- LM
- Enfermedades agudas

Prevención

Prevención pasiva

- Gammaglobulina anti sarampión (5 pos)

Prevención activa

SRP

Tratamiento

- Vitamina A** 2 dosis 200,000UI
- complicación **neumonía**

SRP - Triple viral

Presentación: Virus atenuados en cultivos celulares o embriones de pollo contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

Epidemiología:

- Objetivos: Prevenir neumonía, encefalitis diseminada, panencefalitis esclerosante, rubéola congénita y paperas.
- Puede presentar **exantema** 7-10 días después de la vacunación.

Indicaciones:

- Se aplicarán 2 dosis via subcutánea: La primera dosis al cumplir 12 meses y la segunda dosis a los 18 meses de edad para el esquema 2022. Para vacunaciones de primer dosis antes de 2022 aplicar segunda dosis hasta 6 años.
- Aplicar 2 dosis de SRP con intervalo de 4 semanas a personas < 10 años sin ninguna vacunación. Aplicar 1 dosis si tiene 1 dosis previa (no se aplica refuerzo).
- > 10 años únicamente se aplica la doble viral (SR)

Contraindicaciones:

- Fiebre > 38.5°C
- Hematooncológicas (quimio y radioterapia).
- Reacción anafiláctica al huevo y neomicina
- Tratamiento con corticosteroides.
- Personas transfundidas.

Antecedente de dermatitis de contacto a la neomicina no es contraindicación para recibir la vacuna.

Esquema	Número de dosis	Dosis	Vía	Sitio
10 años o más, sin esquema previo (no documentado)	2 dosis con intervalos mínimos de 4 semanas	0,5 ml	Subcutánea	Brazo izquierdo del brazo izquierdo
10 años o más, con una dosis previa de vacuna doble o triple viral	Una dosis	0,5 ml	Subcutánea	Brazo izquierdo del brazo izquierdo

Control de Sarampión

Niños entre 6-11 meses: Aplicar 1 dosis de SRP 14 días antes sin importar su esquema de vacunación.

Niños de 1-10 años (SRP) y > 10 años (SR):

- No requieren vacunación antes de viajar si tienen esquema completo.
- Esquema incompleto (pendiente 1): Aplicar 1 dosis.
- Sin vacunas previas: Aplicar 2 dosis (depende de la edad SRP o SR)

Brote de Sarampión: Se visitará el 100% de las viviendas en las localidades menores de 2500 habitantes; en las localidades urbanas de más de 2500 habitantes se visitarán las viviendas en un área de 25 manzanas alrededor del domicilio del caso probable o dependiendo de la situación epidemiológica del caso.

Durante la visita a cada vivienda es necesario censar a toda la población menor de 40 años e investigar el antecedente vacunal, cuando el antecedente sea negativo se aplicará la vacuna de la siguiente manera:

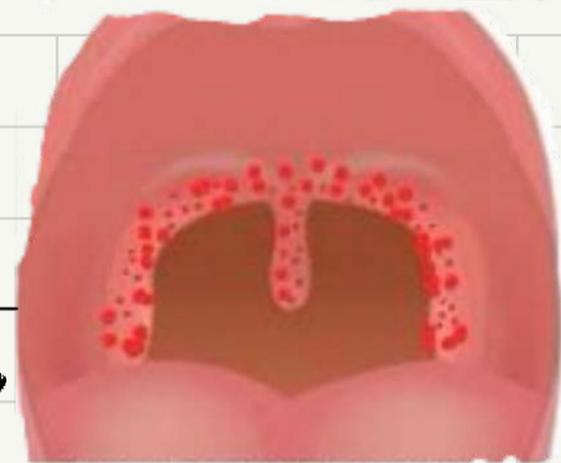
Edad	Acción
< 6 meses	No aplicar vacuna
6-11 meses	Aplicar vacuna si son contactos de caso confirmado. Se considera dosis 0 y se iniciará esquema a los 12 meses
1-9 años	Según de acuerdo a esquema de vacunación
Adultos	Aplicar SR a adultos a menos que sean contactos de caso confirmado y ser menores de 40 años.

Viajes a zonas endémicas: Antes de viajar internacionalmente, a zonas donde existen casos de Sarampión, consultar la Cartilla Vacunas del Estado de todos los países que visiten, para verificar el estatus de vacunación, el estatus de la vacuna contra el sarampión, recibir una dosis previa a los 10 días de salir para cada país que visite en caso de no haberla recibido con anterioridad.

<https://www.anh.mx/APV-Sarampión-Europa2019.pdf>

Roseola

Sexta enfermedad



Manchas de Nagayama

Etiología

VHT 6

Raro 7

Secreciones respiratorias.

Epidemiología

Niños hasta los 3 años

Contagioso en fase febril y una semana previa

Clínica

2 fases

Fase febril: 3 días

Fiebre alta sin focalidad y buen estado general

Fase exantemática: 24 h.

Afebril y aparecen un exantema maculopapuloso

manchas de nagayama

Diagnostico

Clínico

Fiebre alta desaparece y aparece el exantema (cuello a extremidades)

Hemograma: con leucocitosis a expensas de neutrofilos (24-36h)
Leucopenia con neutropenia (>48h)

Sospecha:

Lactantes o preescolares con fiebre elevada y crisis convulsiva

Complicaciones:

Crisis convulsiva

Encefalitis *↳ Diacepam*

Tratamiento

Sintomático

Acetaminofen

dosis pedía: 10-15mg

Tylenon:

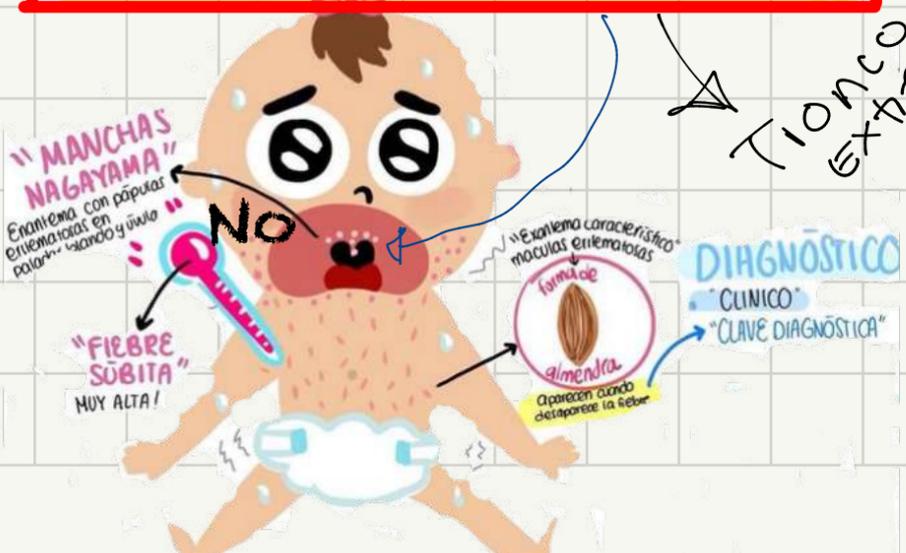
0-2 100mg/ml

2-12 100mg/3.2ml

Motrin (IBU) 5-10mg

6-24m: 40mg/1ml

2-12 años: 100mg/2ml



Torno extremidades

Rectal

Rubéola

Etiología

Virus ARN **Togaviridae**

Epidemiología

Niños <1 año a 4 años

Transmisión

primeros 7 días y 7-8 días después del exantema

Periodo de incubación

14- 21 días

Prodromos

1-2 días cuadro catarral leve, fiebre baja, conjuntivitis

Exantema

3 días Morbiliforme y confluyente en la cara,

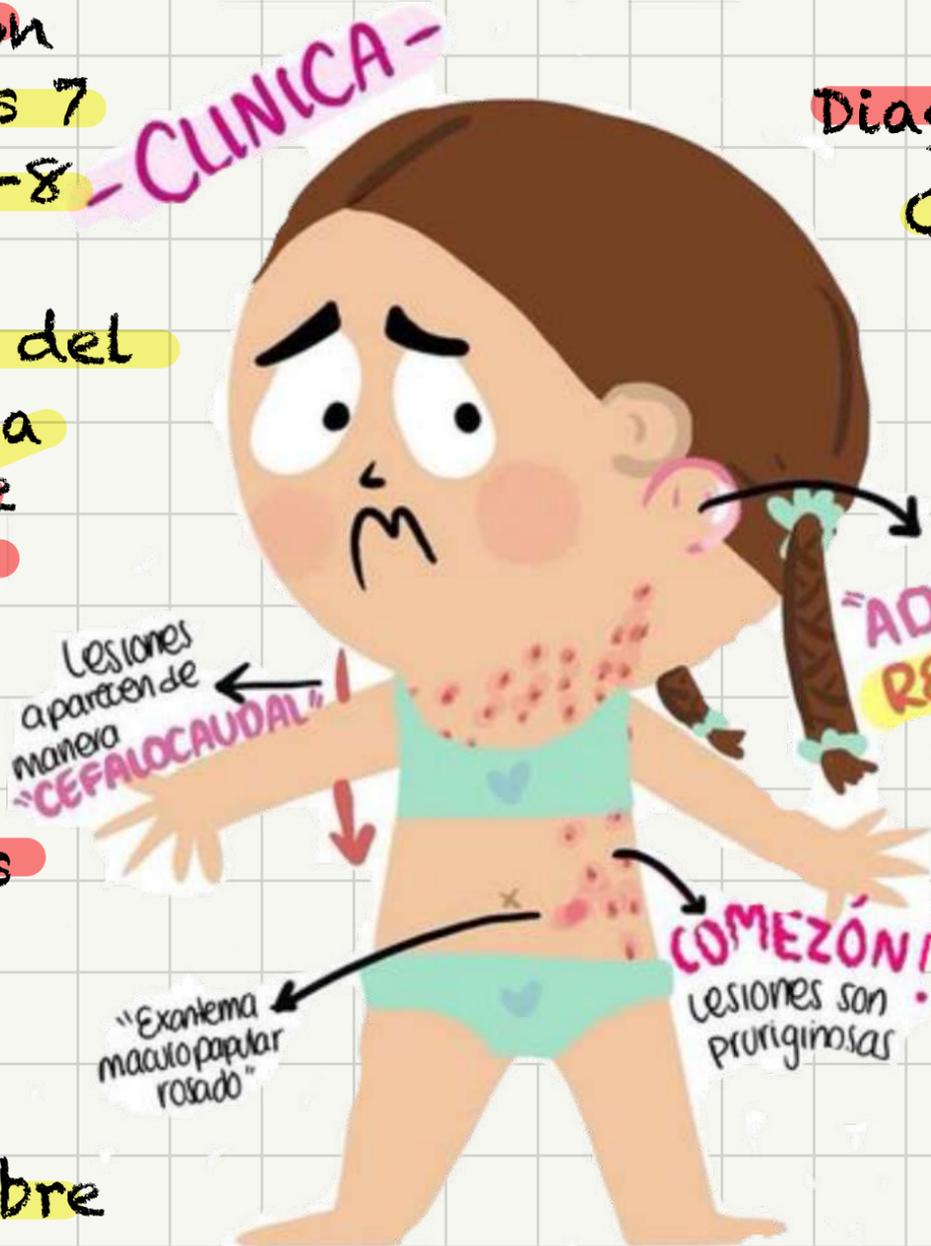
Complicaciones

Artritis
Encefalitis
Púrpura

Diagnostico

Clínico

Serología o aislamiento



Clave diagnóstica

cuadro catarral con adenopatias retroauriculare, seguido de exantema, con buen estado

Prevención y tratamiento general

Profilaxis pasiva

Inmunoglobulina serica

Profilaxis activa

Triple viral

Tratamiento

Sintomatico

SRP - Triple viral

Presentación

Virus atenuados en cultivos celulares o embriones de pollo contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

Epidemiología

- Objetivos: Prevenir neumonía, encefalitis diseminada, panencefalitis esclerosante, rubéola congénita y paperas.
- Puede presentar exantema 7-10 días después de la vacunación.

Aplicaciones

Vía Subcutánea 45° grados en región tricipital de brazo deltoides izquierdo.

Contraindicaciones

- Fiebre > 38.5°C
- Hematooncológicas (quimio y radioterapia).
- Reacción anafiláctica al huevo y neomicina
- Tratamiento con corticosteroides.
- Personas transfundidas.

antecedente de dermatitis de contacto a la neomicina no es contraindicación para recibir la vacuna).

Indicaciones

a) Se aplicarán 2 dosis vía subcutánea: La primera dosis al cumplir 12 meses y la segunda dosis a los 18 meses de edad para el esquema 2022. Para vacunaciones de primer dosis antes de 2022 aplicar segunda dosis hasta 6 años.

b) Aplicar 2 dosis de SRP con intervalo de 4 semanas a personas < 10 años sin ninguna vacunación. Aplicar 1 dosis si tiene 1 dosis previa (no se aplica refuerzo).

c) > 10 años únicamente se aplica la doble viral (SR)

Esquema	Número de dosis	dosis	Vía	Sitio
10 años o más, sin esquema previo (no documentado).	2 dosis con intervalo mínimo de 4 semanas.	0.5 mL	Subcutánea	Según delimita del brazo izquierdo.
> 10 años o más, con una dosis previa de vacuna doble o triple viral.	Una dosis.	0.5 mL	Subcutánea	Según delimita del brazo izquierdo.

Eritema infeccioso

Etiología:

Parvovirus 19

6-19 años, también geriátricos

Inhalación de aerosoles, TS y vertical

Periodo de incubación
4-21 días

Periodo de contagio
6-11 días previos al exantema

Exantema 3 etapas

fase inicial

Signo de la abofetada

segunda fase

Aparición de exantema maculopapular eritematoso en el tronco y extremidades

Fase tres

Más característica, aclaramiento central de las lesiones dándole un aspecto de encaje

Signo de la abofetada



Diagnóstico

Clínica

Serología

PCR

Clave

diagnóstica

Eritema de bofetón seguido de exantema en encaje

Tratamiento

No hay tratamiento solo tratamiento sintomático

Tylenol 10-15mg

0-2 años: 100mg/ml

2-12 años: 100mg/3.2ml.

Motrin 5-10mg

6m-2 años: 40mg/1ml

2-12 años : 100mg/2ml

Enfermedad de Kawasaki

Etiología:

Vasculitis sistémica

Epidemiología

Varones, menores de 5 años.

causa más común de cardiopatía adquirida

Clínica

Fiebre alta (5 días)

Aguda

10-14 días hay fiebre
Leucocitosis con expensas de neutrofilos
Trombocitosis

Subaguda

Cede fiebre, desaparecen otros hallazgos.

Convalecencia

Normalización de laboratoriales

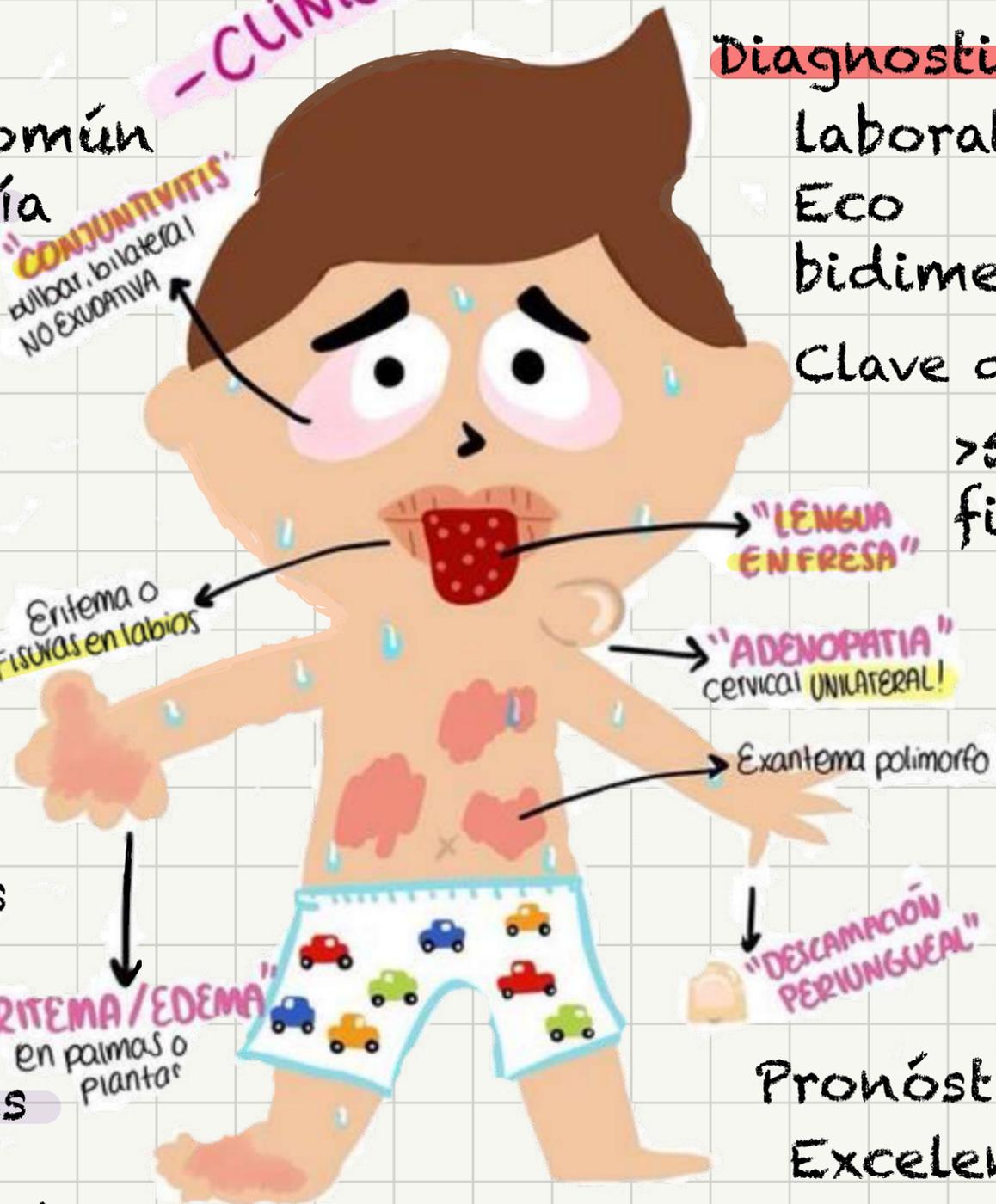
Complicaciones

Afectación cardiaca, vasculitis coronaria y aneurismas

Diagnostico

Laboratorios
Eco bidimensional

Clave diagnóstica >5 días fiebre



Pronóstico Excelente

Tratamiento

Gamaglobulina Iv
Salicilatos
Corticoides

Escarlatina

Etiología

S. Pyogenes

Epidemiología

3-15 años

Contagiosidad
se da en la
fase aguda

Transmisión

Contacto
directo
con
secreción
es de
nariz,
garganta,
piel

Periodo de
incubación.

1-7 días

Prodromos

24-48h

Inicio brusco,
fiebre alta, cefalea,
escalofrío, vómito y
aspecto de
enfermedad grave

Diagnostico

Clínico

Laboratoriales

Exudado

faringeo

Clave diagnóstica

Inicio

faringoamigdalitis
bacteriana,
exantema palpable
al 2-3 día

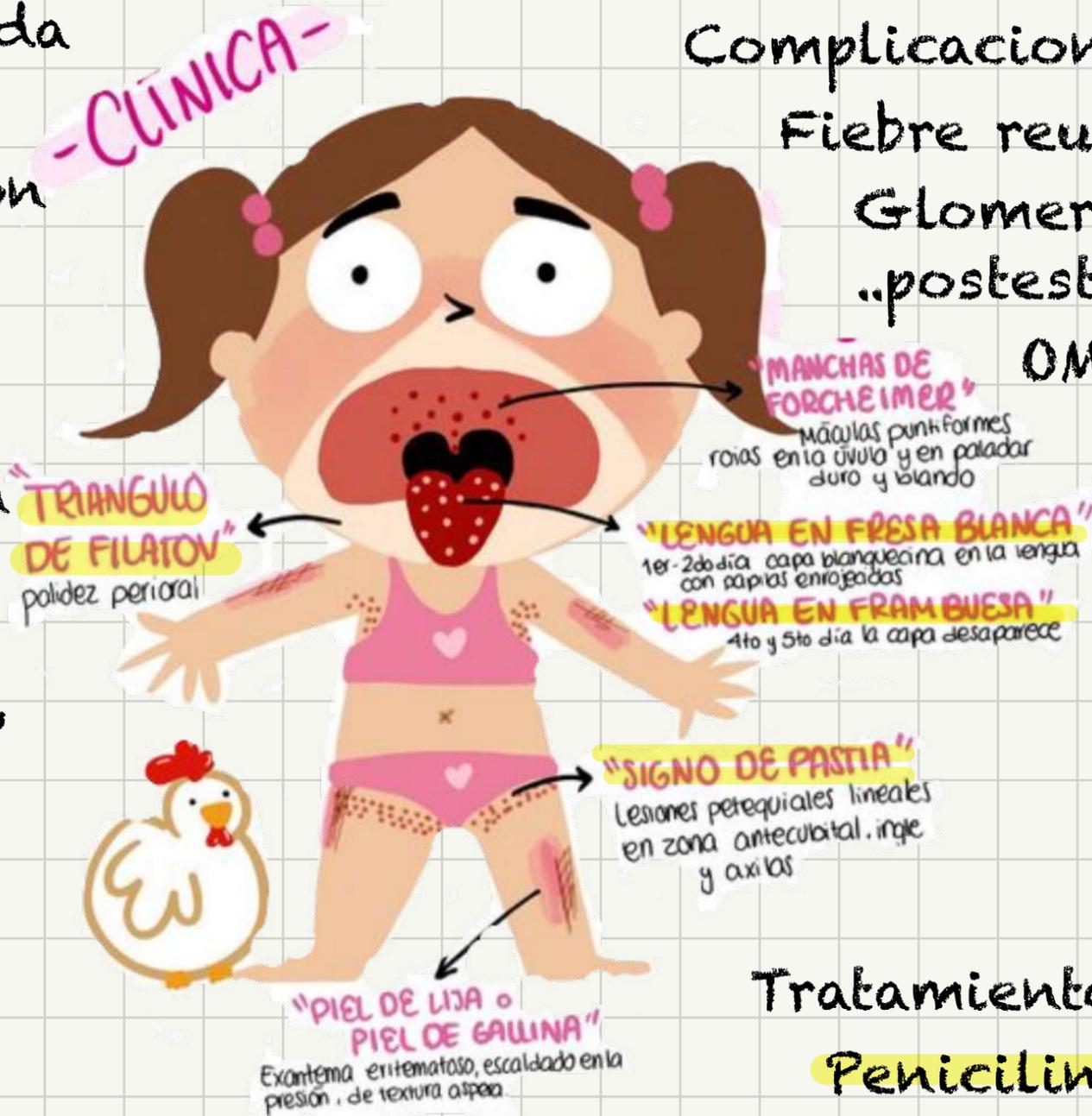
Complicaciones

Fiebre reumática

Glomerulonefritis
„postestreptococica

OMA

Sinusitis



Tratamiento

Penicilina 10 días

Penicilina

benzatinica 1 dosis

Cefalexina.

Clindamicina

Macrolidos
(alérgicos
penicilinas)

Exantema

2-3 días

piel de

gallina,

fácies de

Filatov,

Varicela

Agente etiológico

Varicela zoster

Epidemiología

Incidencia en menores de 1 año y de 1-3 años

90% de los casos niños menores de 10 años

Transmisión

Contacto directo

Con secreciones respiratorias o lesiones dérmicas

Periodo de incubación

10-21 días

1-2 días antes del exantema ya fiebre, malestar general, cefalea, anorexia y dolor abdominal

Exantema

Cefalocaudal
Maculopapular pruriginoso

Vesícula en forma de gotas de agua

Costras

Desprenden dejando una mancha hipocromica

Diagnostico

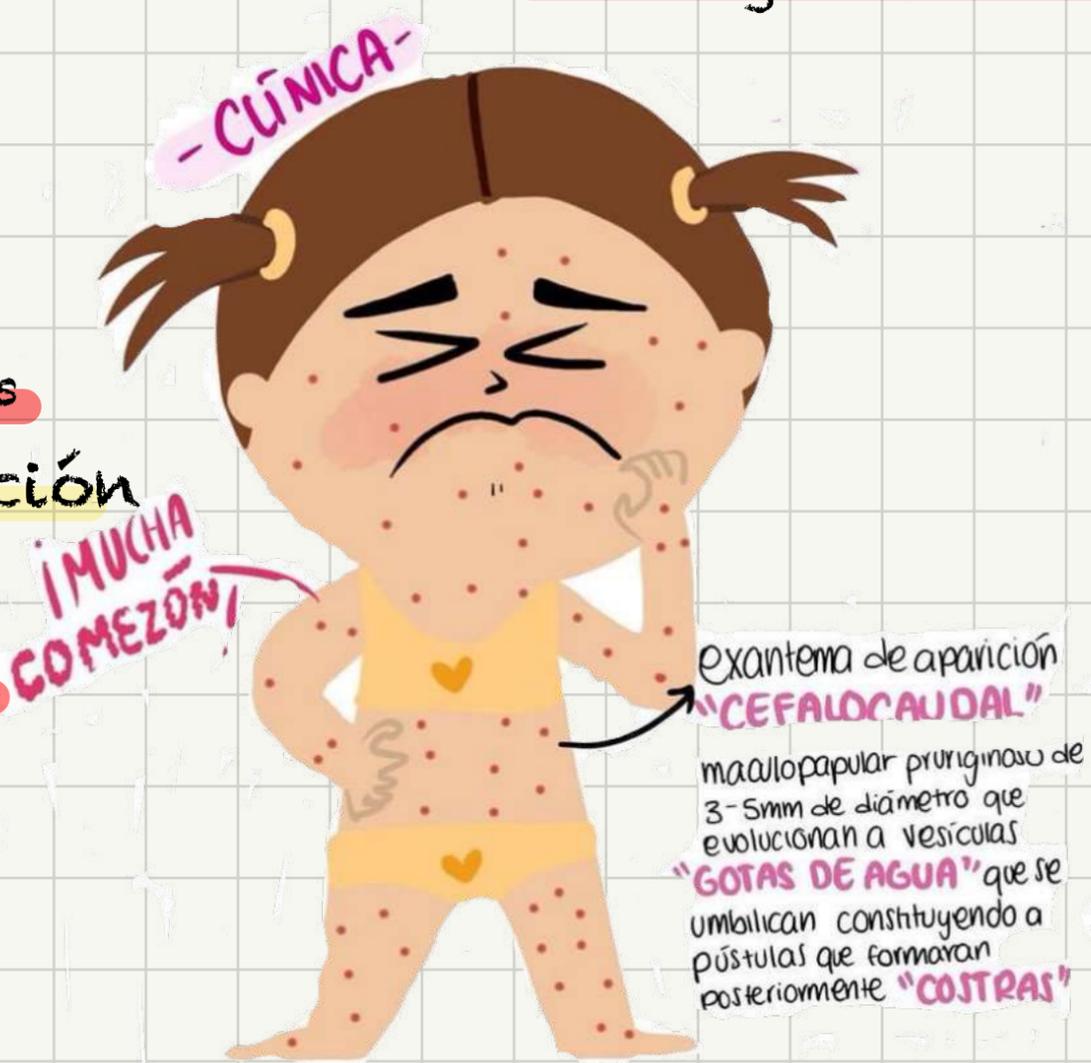
Clínico

Embarazadas PCR
Pruebas serológicas

Tratamiento

Vacunación 12-18

Px riesgo a infección
inmunoglobulina VZV



Edad	Vacuna
Al nacer	BCG, Hepatitis B
2 meses	Hexavalente, Rotavirus RV2, Neumococia
4 meses	Hexavalente, Rotavirus RV2, Neumococia
6 meses	Influenza, Hexavalente
7 meses	Influenza
12 meses	SIP, Hepatitis A, Varicela, Neumococia
18 meses	SIP, Hexavalente
4 años	DPT, Varicela
6 años	SIP
11 años	VPH

Varicela

Presentación: Es una vacuna de virus vivos atenuados, cultivados en células diploides humanas, se deriva de la cepa OKA.

Etiología: La eficacia es de 70-90% contra la enfermedad y de 95-100% contra enfermedad severa por varicela.

Indicaciones:
a) Esquema de 2 dosis vía subcutánea (0.5 mL). Primera dosis a los 12 meses y segunda dosis a los 4 y 6 años de edad.
b) Aplicar 2 dosis en personas > 13 años que no han recibido esquema de vacunación (4 semanas de intervalo).
c) Aplicar 2 dosis en inmunosuprimidos (Linfomas, leucemias, cáncer o trasplante de órgano y VIH).

Contraindicaciones:
• Alergia a la yema de huevo, gelatina o caseína.
• Embarazo o lactancia (dejar embarazada 3 meses después de aplicar).
• Inmunodeficiencia primaria o adquirida (incluye VIH).
• Tuberculosis activa.

Con la vacuna anti varicela se debe evitar el uso de salicatos durante 6 semanas posterior a la administración de la vacuna.

CDMSB | Secretaría de Salud | Lineamiento General del Programa de Vacunación Universal 2022
CDMSB | Secretaría de Salud | Manual de Vacunación 2022

Toxoplasmosis



Agente causal

Toxoplasma gondii

Etiología

Carne poco cocida

Heces de gato

Madre-bebé

Asintomática

Transmisión

cuando la madre se **infecta** en el **embarazo**

Diagnostico

Serología

Fondoscopia

RM

Calcificaciones difusas

Tratamiento

Pirimetamina y

sulfadiazina más

leucovorina

Espiramicina

embarazadas



Riesgo de general
lesiones

Primeras semanas alto

>26 SDG bajo

Clínica

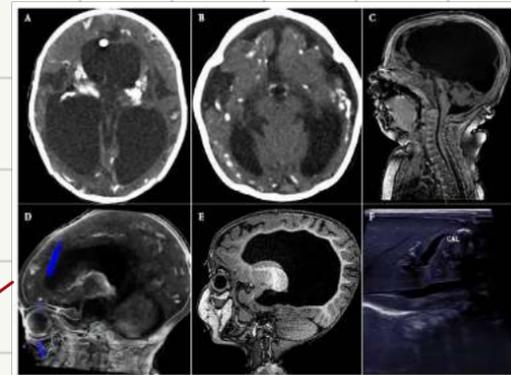
Cabezón (hidrocefalia)

Convulsiones

Calcificaciones difusas

Corioretinitis (necrosis

macular)



Sífilis

Agente causal

Treponema Pallidum
Transplacentaria
De madre con sífilis, no
tratada o
inadecuadamente
tratada

Clínica

Primaria

Chancro blando indoloro

Secundaria

Exantema sistémico

Última

Neurosifilis

Triada precoz

Penfigo

Rinitis

Hepatoesplenomegalia

Triada tardía

Hutchinson

Sordera

Queratitis

Alteración dentaria

Diagnostico serologico

Realizar toda embarazada

VDRL/RPR cuantitativo

Pruebas treponemicas

FTA-ABS/TP-PA

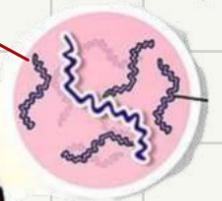
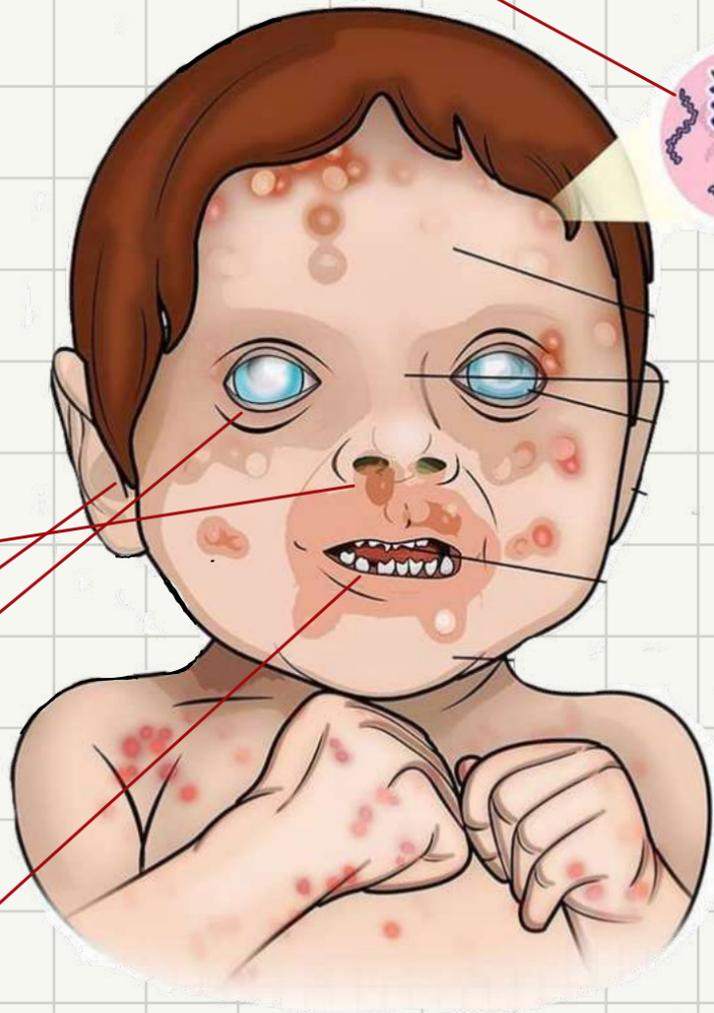
Casos probables

Mal tratamiento/ hijo de
madre c/sifilis

VDRL: >1:32

Casos confirmados

Espiroqueta a microscopio



Espinilla en sable: tibia con
convexidad anterior marcada

Tratamiento

Confirmado

Penicilina +14 días +
valoración neurologica
(200,000-300,000 UI/Kg)

Probable

Penicilina 14 días
(50,000/Kg/12h)

Madre tratada

1,200,000 UI/ única
dosis



Agente causal

Togaviridae



Síndrome

100% de inmunidad con la SRP (12-18)

Primer trimestre

Síndrome por rubéola

Tercer trimestre

Infección por rubéola congénita

Mayor riesgo a malformaciones

Primeras 11 SDG



Semanas de corte

20 SDG sordera

Triada de gregg

Sordera neurosensorial

Cardiopatía congénita

Catarata

Diagnostico

Serología

IgM al nacer

IgG >8m

Cultivo viral

Orina, sangre, naso

PCR o LCR

Tratamiento

Derivación



Citomegalovirus

Principal causa de hipoacusia neuro-sensorial

Agente causal

Familia herpes viridae

Etiopatigenia

Placentaria

Parto

Leche materna

Primer trimestre

-FCTE

+Grave

Tercer trimestre

+FCTE

-Grave

Síntomas más FCTE

Calcificaciones periventriculares

Microcefalia

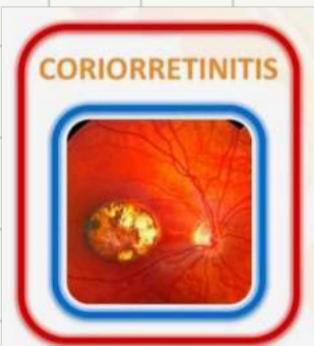
Coriorretinitis



Tratamiento

Ganciclovir 6mg/kg/dosis/12h por 6 semanas

Valganciclovir 16mg/kg/dosis/12h por 6 semanas



Herpes simple

Agente causal

VHT 1 y 2

Latente en el ganglio
Infección durante el parto

Primoinfección materna



Clínica

Local

Exantema vesiculoso
Cataratas/corioretinitis



Diagnostico

Aislamiento de VHSO o cultivo viral
Raspado

Tratamiento

Aciclovir



Síndrome pie, mano, boca

Epidemiología

Niños de entre 6-13

Verano y otoño

Agente causal

Virus del Coxsackie A16

Mecanismo de transmisión

Vía fecal-oral

Oral-oral

Incubación

2-14 días

Periodo prodromico

2-4 días

Odinofagia

Dolor abdominal

Anorexia

Fiebre de bajo grado

Exantema

Vesículas ovaladas 2-3mm

Localización dorsal y

lateral a los dedos

Halo eritematoso

Úlceras dolorosas

(paladar, lengua y carrillos)

Desaparece posterior a los

5-10 días de haber salido

Diagnostico

Clínico

Secreciones nasofaringea

Serología viral

Diagnostico diferencial

Virus herpes

Varicela

Enterovirus

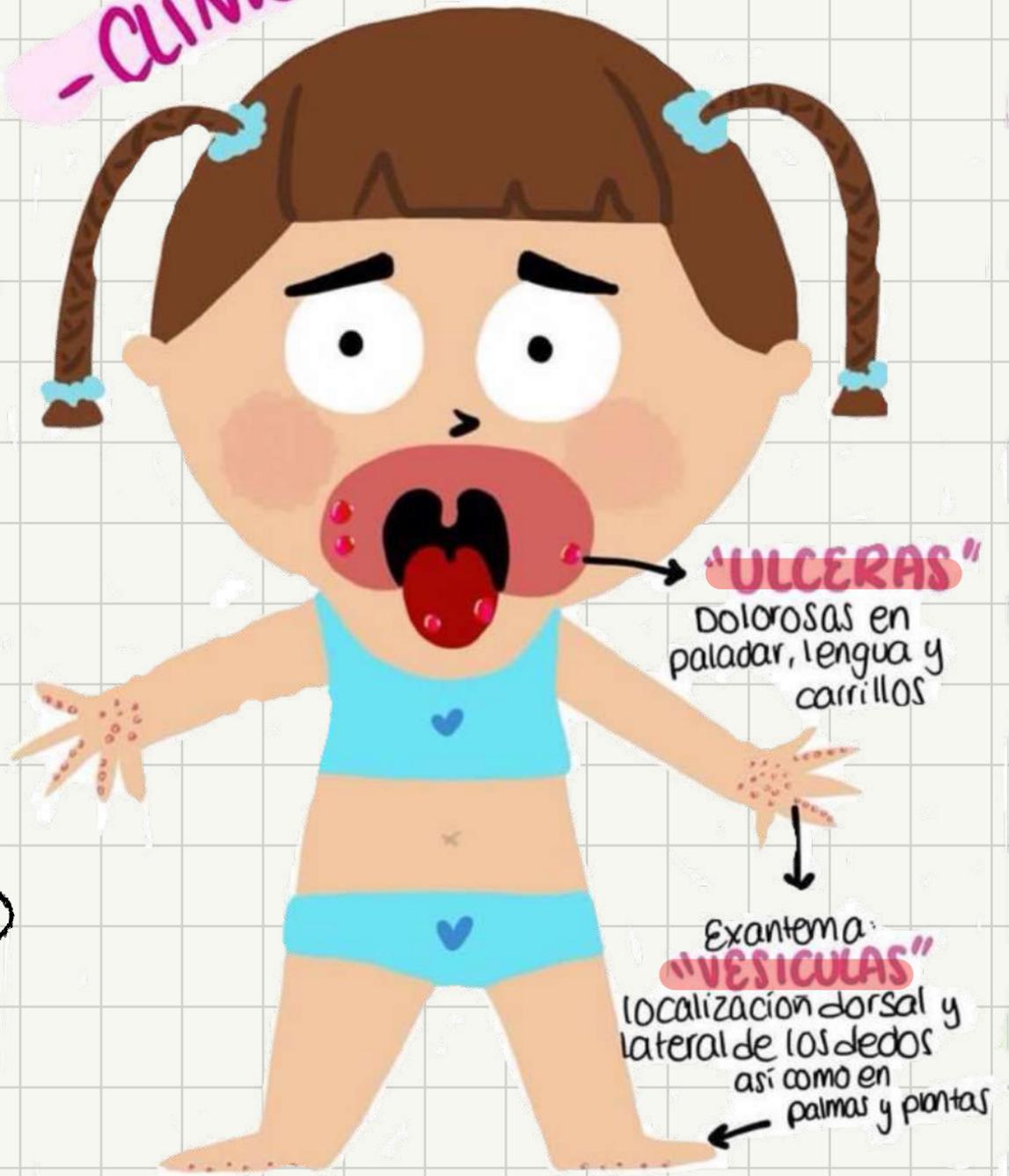
Tratamiento

No hay

Tratamiento

sintomático

-CLÍNICA-



Síndrome de la piel escaldada

Conocida como enfermedad SSSS

Agente causal

Síndrome Staphylococcico

Epidemiología

Recién nacidos y menores de 5 años

Clínica

Inicio

Palidez con marcada sensibilidad de la piel

Eritema difuso

Fiebre

Irritabilidad

SSSS 3 etapas

- 1) Escarlatiforme
- 2) Ampollar
- 3) Descamativa

Piel

Rugosidad tipo lija

Líneas de pastia

Sospecha SSSS

Afectación conjuntival o peribucal

Eritrodermia aguda

Diagnostico

Clínico

Biopsia de tejido y cultivo

Tratamiento

Antibioticoterapia

Tratar como si fueran quemaduras

Emolientes



Bronquiolitis

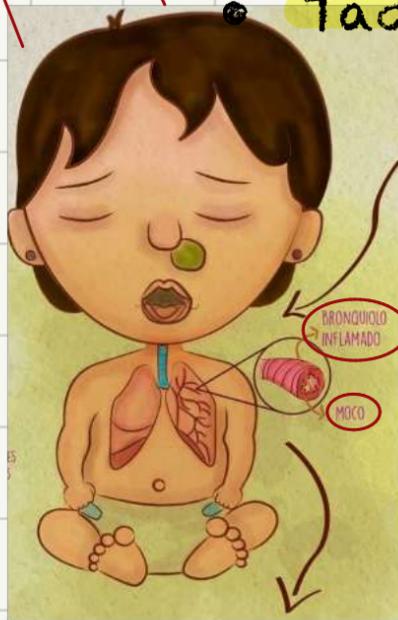
Definición

Es el primer episodio de sibilancias causadas por infecciones virales en niños menores de 2 años

- Causa común de enfermedad y hospitalización en lactantes y niños pequeños
- Ocurre principalmente en otoño e invierno
- La incidencia máxima de hospitalización ocurre entre los 2-6 meses

Manifestaciones clínicas

- Tos.
- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Rinorrea hialina
- Sibilancias y estertores
- Taquipnea



Factores de riesgo

- Prematurez
- Enfermedad pulmonar crónica
- Defectos anatómicos de la vía respiratoria
- Cardiopatía congénita

Diagnóstico

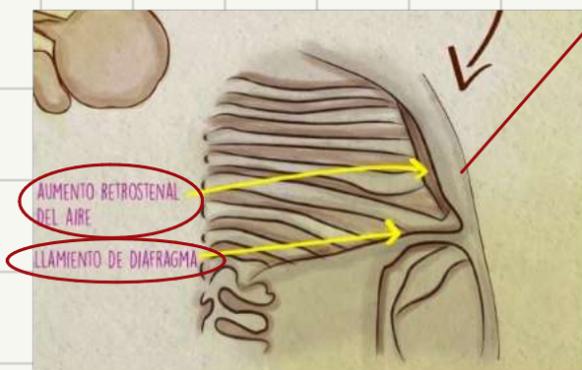
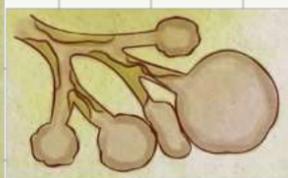
- Cuadro clínico
- Radiografía
- PCR

Tratamiento

- Primer paso: nebulización con solución salina hipertónica.
- si $Sat < 92\%$ oxígeno complementario + adrenalina o salbutamol.

Prevención

- Pavilizumab (15mg/kg Im)
- Lavado de manos
- Evitar exposición al humo del cigarro



Escala usada

- Wood-Downes

Etiología

- El virus sincitial respiratorio es el agente causal más frecuente (casi 80% de los casos)
- Otros agentes causales menos comunes son: Rinovirus, metapneumovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza

CRUP

La laringotraqueítis es una enfermedad respiratoria aguda, de inicio súbito, de presentación en edad pediátrica.

Epidemiología

Niños de 6m-3 años

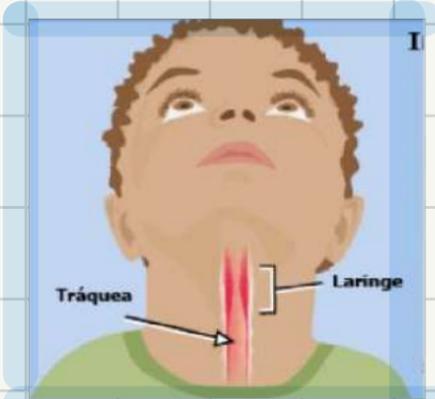
Etiología

Viral

- Parainfluenza tipo 1
- VSR
- Adenovirus

Bacteriana

- Mycoplasma pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- S. Aureus
- S. Pneumoniae

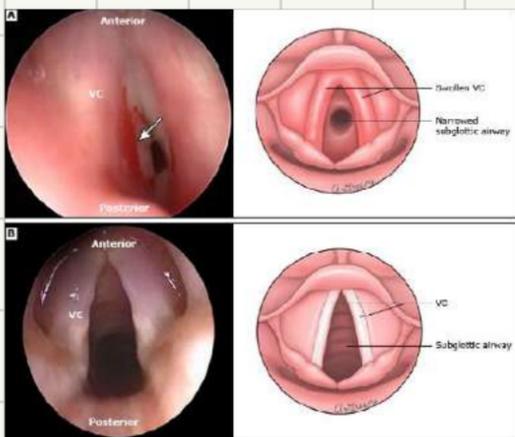


Evaluación

1. Presencia de estridor en reposo
 2. signos vitales
 3. Oximetría de pulso
 4. Estabilidad de la VR
 5. Estado mental
- Niños con dificultad respiratoria grave
1. Tratamiento inmediato (epinefrina nebulizada y corticosteroides sistémicos)

Patogenia

Se presenta como un estrechamiento de la vía aérea subglótica



Escalas

	0	1	2	3
Estridor	No	Leve	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Leve disminución	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracciones	No	Escasas	Moderadas	Intensas
Conciencia	Normal	Agitado si se le molesta	Ansioso y agitado en reposo	Letargia

Leve: <5; leve-moderado: 5-7; moderado: 7-8; grave: >8.

Indicador de gravedad	Puntuación
Estridor respiratorio:	
- Ninguno	0
- En reposo, audible con fonendoscopio	1
- En reposo, audible sin fonendoscopio	2
Tiraje:	
- Ausente	0
- Leve	1
- Moderado	2
- Grave	3
Ventilación (entrada de aire):	
- Normal	0
- Disminuida	1
- Muy disminuida	2
Cianosis:	
- Ausente	0
- Con la agitación	4
- En reposo	5
Nivel de conciencia:	
- Normal	0
- Alterado	5

Leve <3; moderado 3-7; grave >=7.

Insuficiencia respiratoria inminente (puntuación >=12)

Estudio de imagen

Radiografía

- signo de la torre



Diagnostico

Tos perruna y estridor

Presentación clínica

Inicia con secreción nasal, congestión, coriza progresan a:

- Fiebre
- Ronquera
- Tos perruna
- Estridor laríngeo

Tratamiento

Leve

- no hay dificultad respiratoria
- Dexametasona VO (0.15 a .6mg/kg)
- Prednisona VO 1mg/kg dosis única

Moderado a severo

- Epinefrina nebulizada 0.05ml/kg/dosis c/15-20min
- Dexametasona 0.6mg/kg
- Oxígeno suplementario
- Observación durante 3-4 horas

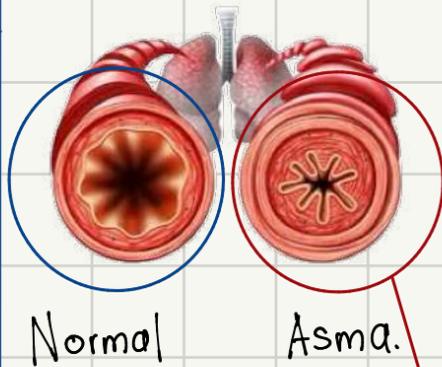
ASMA

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea que se caracteriza por una obstrucción variable y reversible al flujo aéreo

Clasificación

Asma intermitente

- Crisis de disnea breves, menos de una vez a la semana
- Menos de dos crisis nocturna al mes
- Periodo intercrítico asintomático y con función normal $FEV_1 > 80\%$ del teórico
- Incluye el asma por ejercicio



Factores de riesgo

- Sensibilizantes (pelos de animales, ácaros, AINES, polen)
- Atopia
- Precipitantes (ejercicio o tabaco)
- Infecciones (virus)

Fisiopatología

- Disminución del calibre y remodelación de la vía aérea

Asma persistente leve

- Más de una crisis semanal pero menos de una diaria
- Más de dos crisis nocturnas al mes
- Situación basal $FEV_1 > 80\%$ del teórico



Cuadro clínico

- Disnea
- Sibilancias espiratorias
- Tos paroxística
- Opresión

Asma persistente moderado

- Síntomas continuos y más de una crisis nocturna a la semana
- Limitaciones de la actividad y sueño
- Situación basal FEV_1 60-80% del teórico

TIPENARM Neumología

ASMA

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

Clasificación	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MODERADO	PERSISTENTE SEVERO
Síntomas Diurnos	< 2 días/semana	3-6 días/semana	Díarios	Múltiples veces/día
Síntomas Nocturnos	< 2 veces/mes	3 veces/mes	2-3 veces/semana	Frecuentes
Exacerbaciones	Ninguna	< 1/año	< 2/año	> 2/año
Limitación de la actividad	Ninguna	Baja	Modorada	Severa
Ti de alivio	< 2 días/semana	< 3 veces a la semana pero no seguidas	Díarios	Múltiples veces/día
Función pulmonar (FEV1 o PEF %)	> 80%	> 80%	60-80%	< 60%

Ilustración de un niño usando un inhalador.

Exploración física

- Pulso paradójico
- Uso de músculos accesorios
- Silencio auscultatorio

Asma persistente severo

- Síntomas continuos
- Exacerbaciones y crisis nocturnas frecuentes y graves
- Situación basal $FEV_1 < 60\%$ del teórico

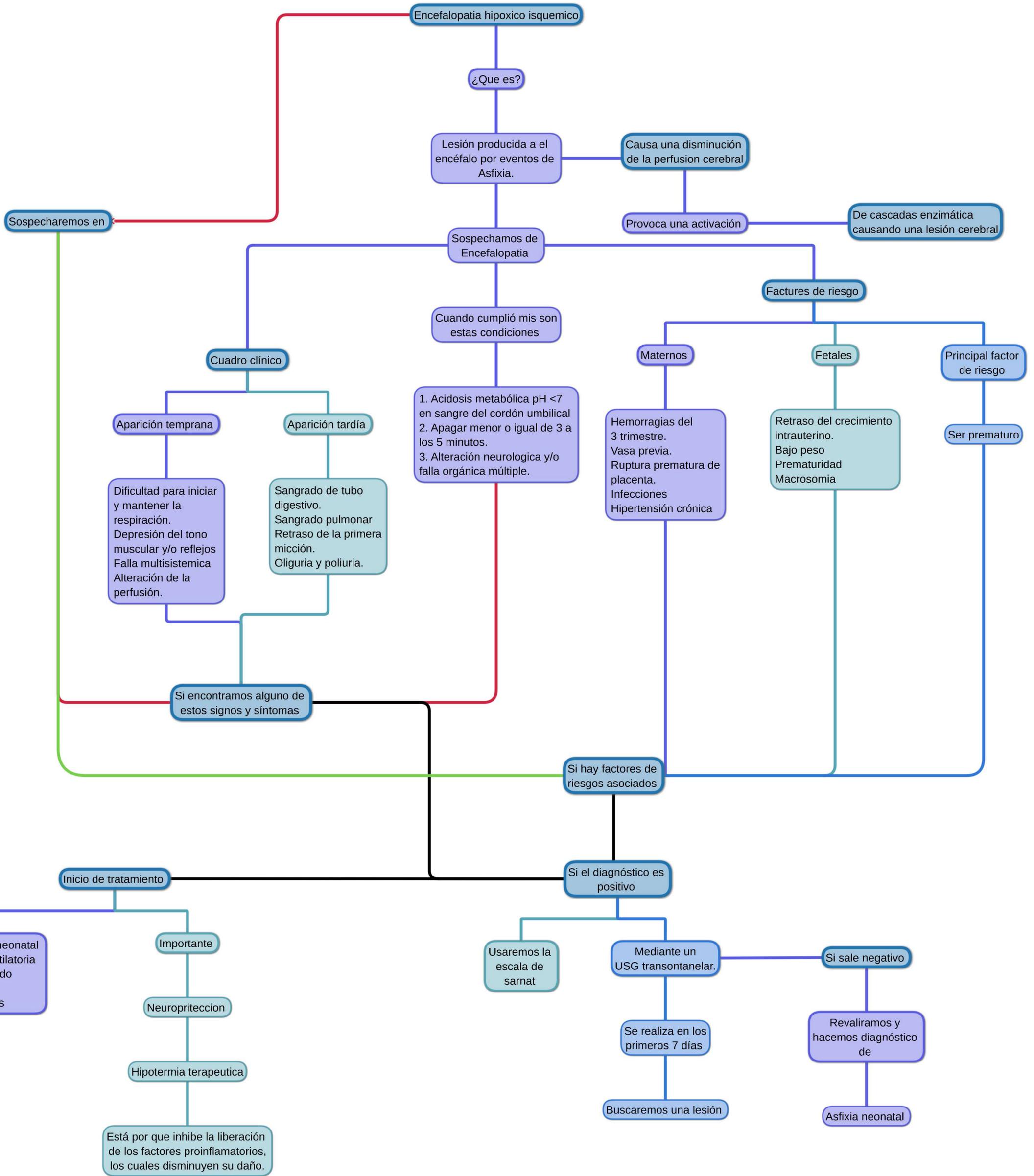


Diagnostico

Tratamiento

PASO 1	Considerar ICS en dosis bajas	Antagonistas B2 de acción corta (SABA) según las necesidades
PASO 2	ICS en dosis bajas	Antagonista de los receptores de leucotrienos (LTRA), Teofilina en dosis bajas.
PASO 3	ICS en dosis bajas / LABA	ICS en dosis altas, ICS en dosis bajas + LTRA (o + Teofilina).
PASO 4	ICS en dosis intermedias o altas / LABA	Acción de tiotropio o SABA en dosis altas + LTRA (o + Teofilina).
PASO 5	Tratamiento complementario: Tiotropio, Omalizumab, Mepolizumab.	Acción de OCS en dosis bajas. SABA según las necesidades o ICS en dosis bajas / formoterol

• Con la pura clínica



Hace diagnóstico de

Sepsis neonatal

Síndrome clínico en un nacido de menos de 28 días de vida manifestándose por Síntomas sistémicos de infección

Epidemiología

Mortalidad del 11-19%

3 causa de muerte neonatal (México)

Complicación

Choque séptico neonatal

Choque refractario a líquidos

Identificamos el choque séptico

Iniciamos dubutamina de primera elección
Segunda elección epinephrine

Hipoperfusión, cianosis y síndrome de dificultad respiratoria.

Reanimación neonatal según la guías
Seguramos vía aérea
Establecemos acceso Iv
Monitorización continua

Si tiene datos de cardiopatía dependiente del conducto

Si

Manejo con prostaglandinas E1 y corrección de líquidos

No

Solución cristaloides (salina/ringer): iniciar cargas de 10ml/kg en un tiempo de 15-20min.
Iniciar antibiótico
Corrección de hipoglucemia e hipocacemia

Inicio tardío

>7 días

Transmisión horizontal

E. Epidermidis
S. Aureus
E.coli

Factores de riesgo

Entubación endotraqueal
Procedimientos invasivos
Vías centrales.
Hospitalización prolongada
VPP
Patología gastrointestinal.

Cuadro clínico

Dificultad de alimentación
Convulsiones
Temperatura axilar >37.5 O <35.5
Cambio del nivel de actividad
Taquipnea
Disociación torácica grave
Quejido
Cuanosis

Sospecha clínica con 3 o más signos o síntomas

Hacemos diagnóstico confirmatorio

Hemocultivo gold standard

Buscamos otra enfermedad

Negativo

Valoramos con auxiliares

Conteo leucocitario
Proteína C reactiva >10
Procalcitonina >5
Punción lumbar (cuadro de meningitis).

Suspendemos tx

En las próximas 72h

Positivo

Damos tratamiento entre 7-10 días

Temprano

Ampicilina + Gentamicina

Tardío

Dicloxacilina + Gentamicina

Inicio temprano

Gpc 72h

Aparición <7 días

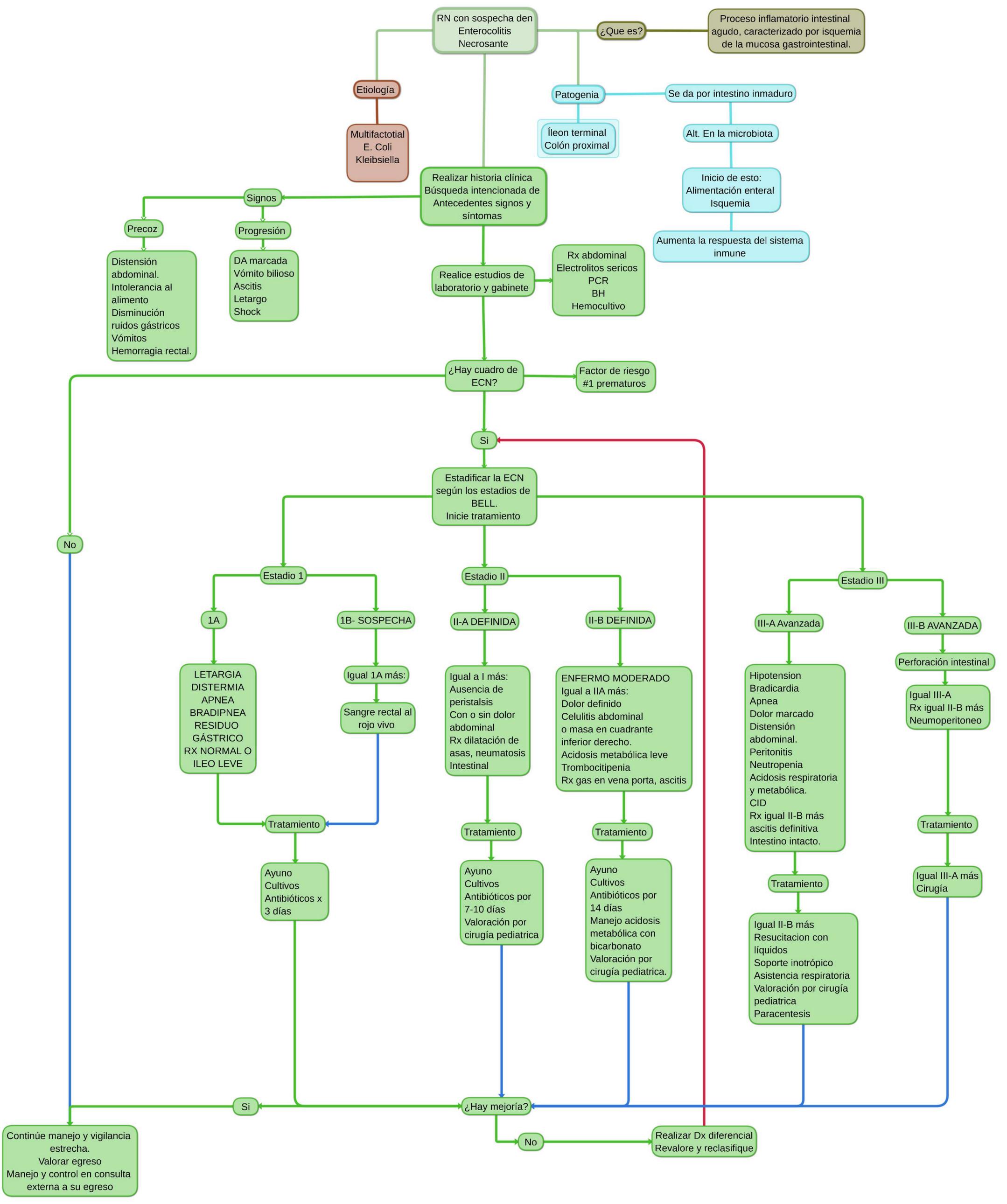
Transmisión vertical

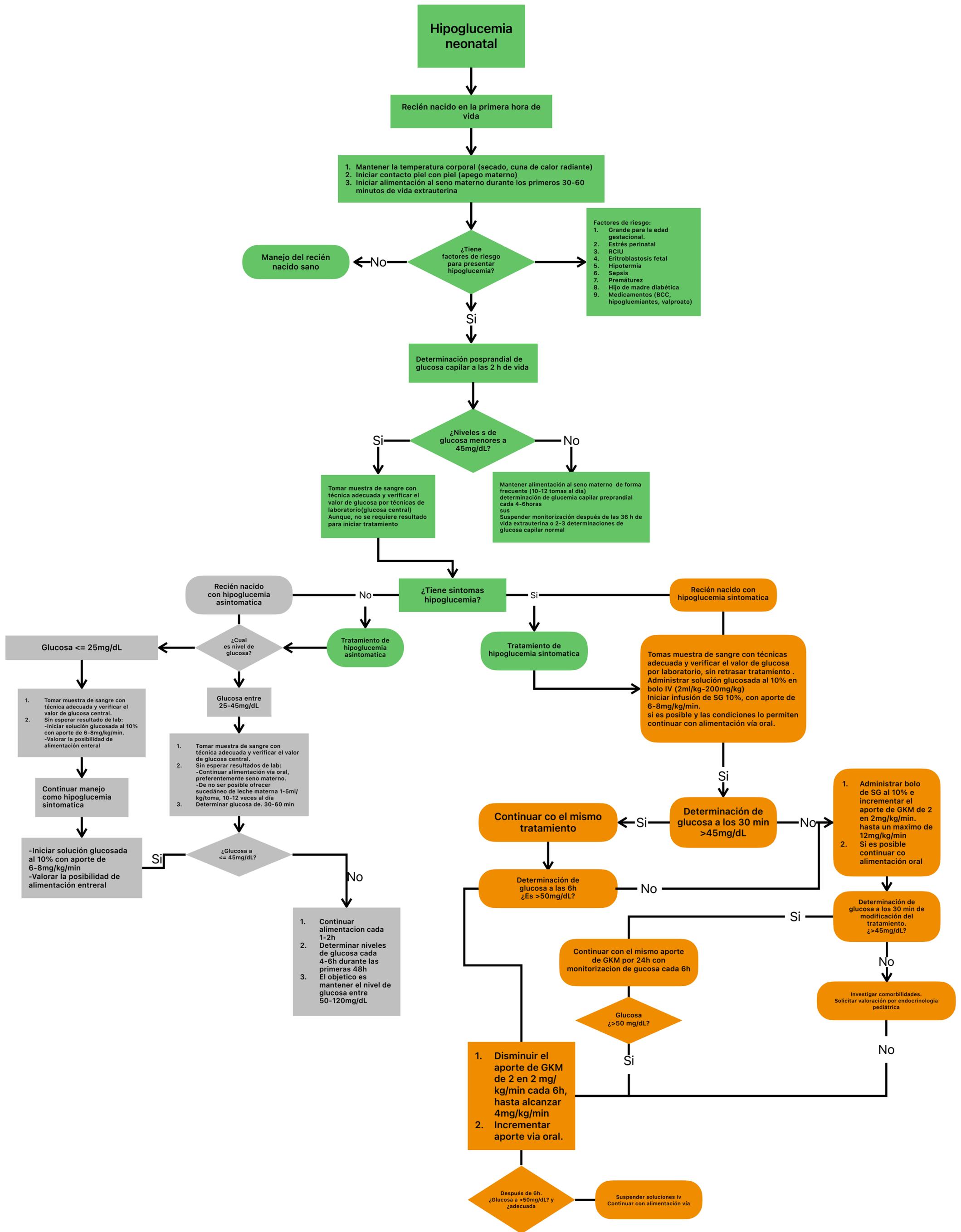
E. Coli (México)
E. Agalactae (mundo)

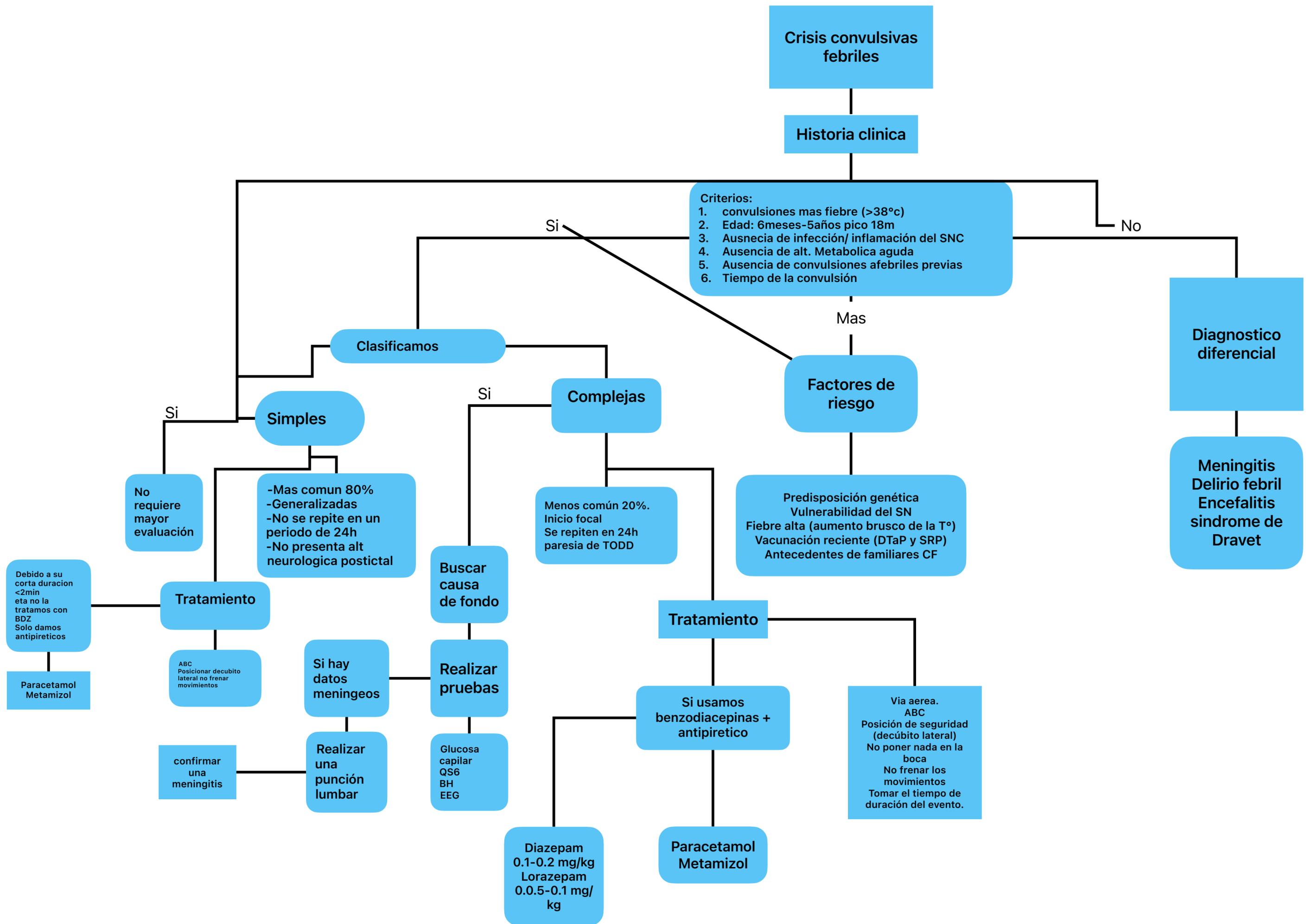
Factores de riesgo

RN pretermino
Hipoxia neonatal
RPM >18h
Obesidad materna
Colonización.
Corioamnioitis
ITU

Hace diagnóstico de







Crisis convulsivas febriles

Historia clinica

- Criterios:**
- convulsiones mas fiebre (>38°C)
 - Edad: 6 meses-5 años pico 18m
 - Ausencia de infección/ inflamación del SNC
 - Ausencia de alt. Metabolica aguda
 - Ausencia de convulsiones afebriles previas
 - Tiempo de la convulsión

No

Diagnostico diferencial

**Meningitis
Delirio febril
Encefalitis
síndrome de Dravet**

Mas

Clasificamos

Simples

No requiere mayor evaluación

-Mas comun 80%
-Generalizadas
-No se repite en un periodo de 24h
-No presenta alt neurologica postictal

Tratamiento

Debido a su corta duracion <2min eta no la tratamos con BDZ Solo damos antipireticos

Paracetamol
Metamizol

ABC
Posicionar decubito lateral no frenar movimientos

Si hay datos meningeos

Realizar una punción lumbar

confirmar una meningitis

Complejas

Menos común 20%.
Inicio focal
Se repiten en 24h
paresia de TODD

Buscar causa de fondo

Realizar pruebas

Glucosa capilar
QS6
BH
EEG

Factores de riesgo

Predisposición genética
Vulnerabilidad del SN
Fiebre alta (aumento brusco de la T°)
Vacunación reciente (DTaP y SRP)
Antecedentes de familiares CF

Tratamiento

Si usamos benzodiazepinas + antipiretico

Diazepam
0.1-0.2 mg/kg
Lorazepam
0.05-0.1 mg/kg

Paracetamol
Metamizol

Via aerea.
ABC
Posición de seguridad (decúbito lateral)
No poner nada en la boca
No frenar los movimientos
Tomar el tiempo de duración del evento.

