



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

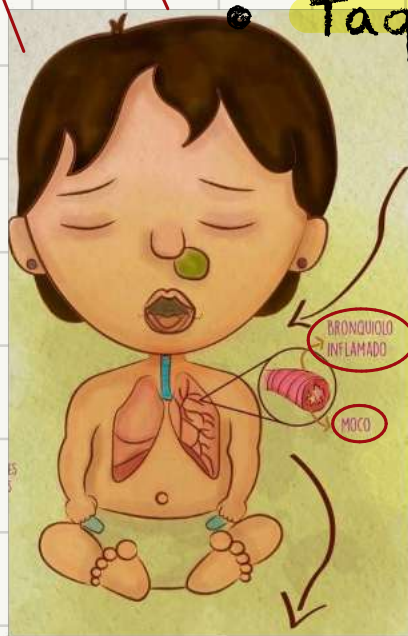
## Definición

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

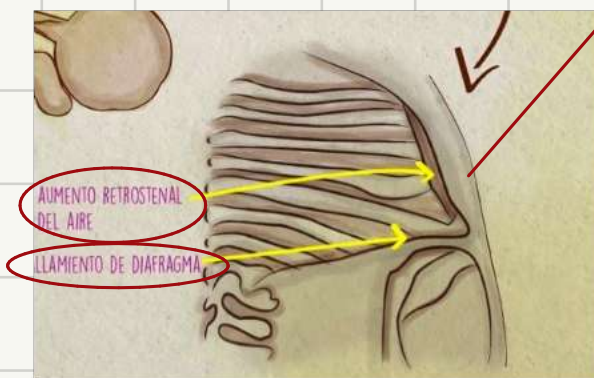
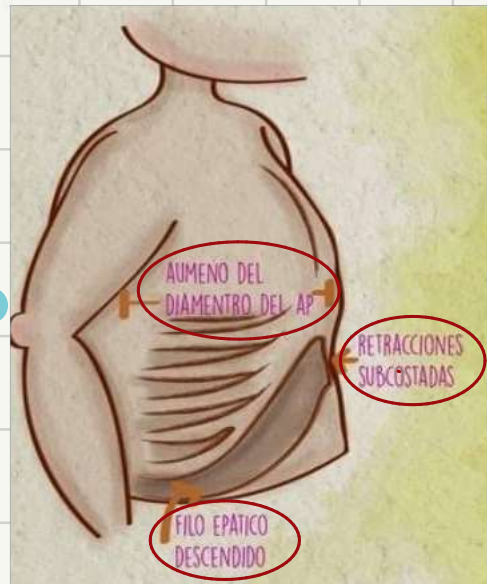
- Cuadro clínico
- Radiografía
- PCR

## 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**

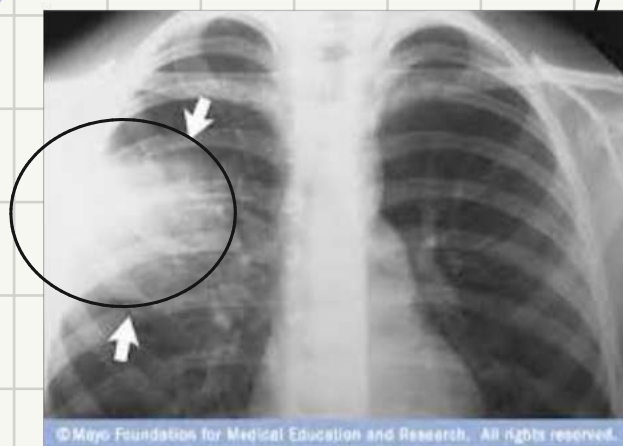
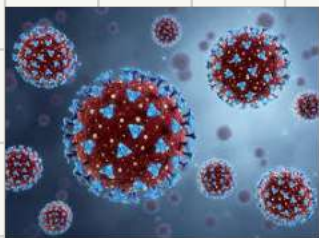
**Bacteriano**

**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 Tardíamente
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](http://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:

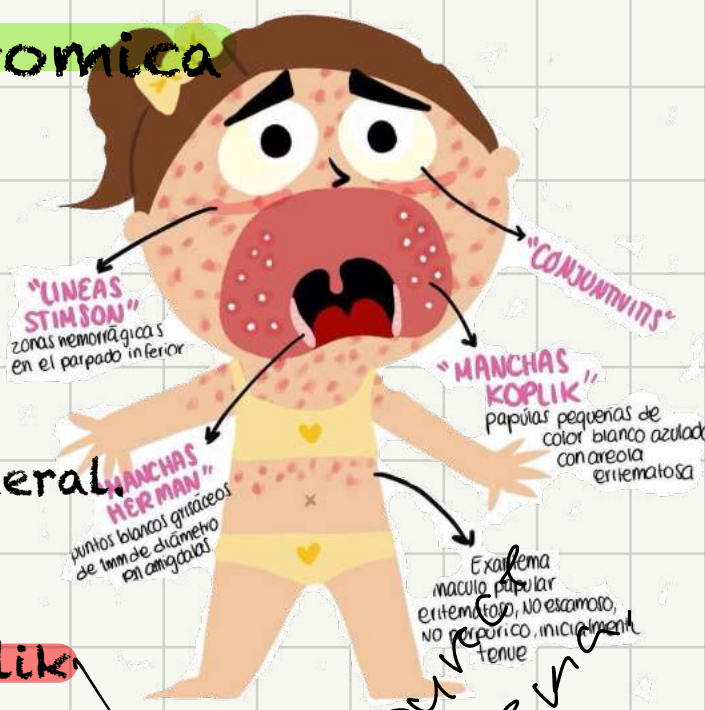
**10-12 días**

## 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  
IgG

## 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, pancreatitis esclerosante, rubéola congénita y paperas.
- Puede presentar exantema 7-10 días después de la vacunación.

**Indicaciones:**

- 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.
- 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)

**Aplicaciones:** Vía Subcutánea 45° grados en región tricipital de brazo del lado 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.

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 2,500 habitantes; en las localidades urbanas de más de 2,500 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 el 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**

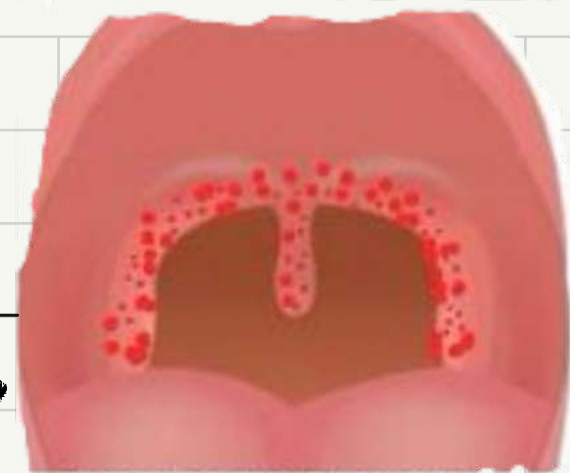
Antes de viajar internacionalmente, a zonas donde existen casos de Sarampión, consultar la Cartilla Vacunas del Estado de todos los países que visitará, para verificar el estatus de vacunación, el estatus de la vacuna contra el sarampión, recibir una dosis previa a que de viaje, para evitar el desarrollo de la enfermedad.

<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 *↳ Diencepam*

## Tratamiento

Sintomático

Acetaminofen *↳ Rectal*

dosis pedía: 10-15mg

Tylenol:

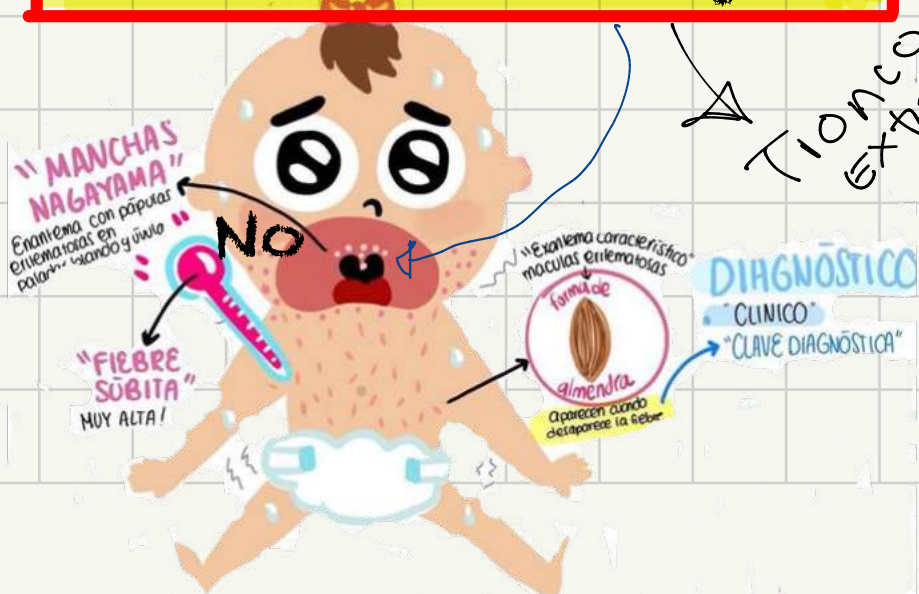
0-2 100mg/ml

2-12 100mg/3.2ml

Motrin (IBU) 5-10mg

6-24m: 40mg/1ml

2-12 años: 100mg/2ml



Torno extremidades



# 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**  
Via 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 transfundidos.

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)

**Cuadro 9.72 Esquema de vacuna SRP**

No. Dosis/edad	Dosis	Vía	Sitio
1ª dosis 12 meses de edad	0,5 mL	Subcutánea	Según distribución del brazo izquierdo.
2ª dosis** 18 meses o al ingresar a primer grado de primaria	0,5 mL	Subcutánea	Según distribución del brazo izquierdo.

**Cuadro 9.81 Esquema de vacunación con 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 distribución del brazo izquierdo.
> 10 años o más, con una dosis previa de vacuna doble o triple viral.	Una dosis.	0,5 mL	Subcutánea	Según distribución 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

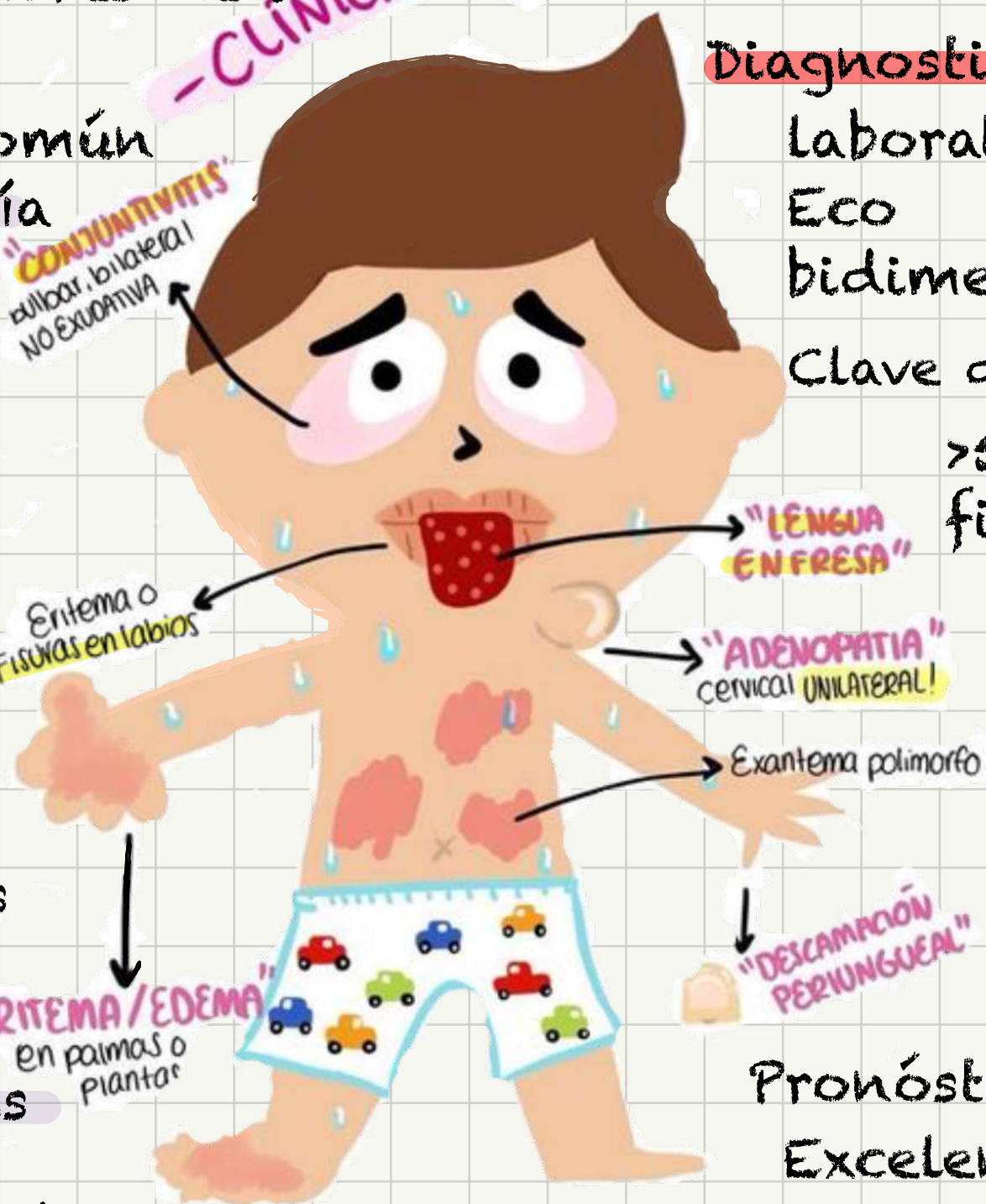
Eco

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

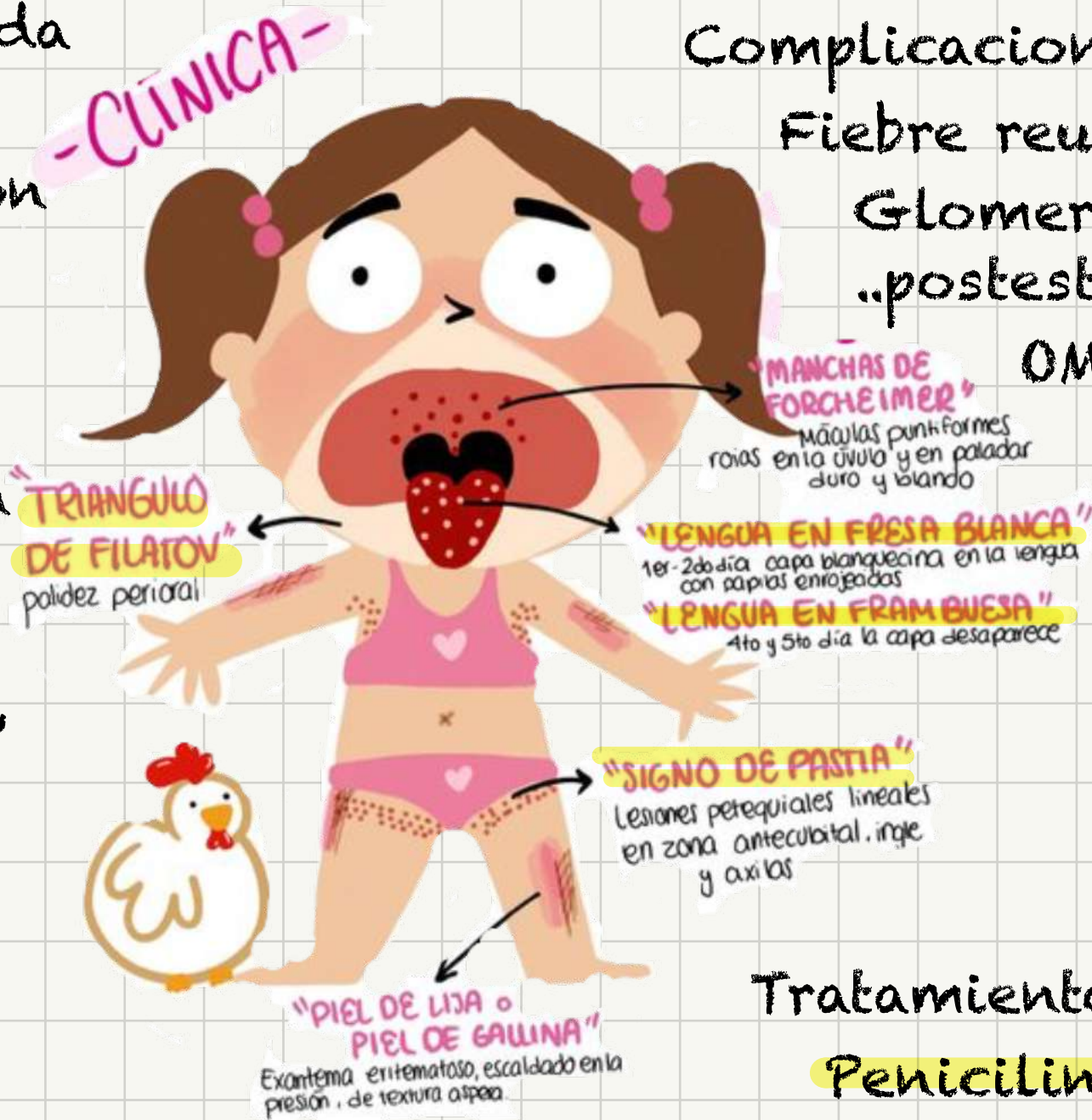
Complicaciones

Fiebre reumática

Glomerulonefritis  
„postestreptococica

OMA

Sinusitis



**Exantema**

**2-3 días**

**piel de  
gallina,  
fácies de  
Filatov,**

Tratamiento

**Penicilina 10 días**

**Penicilina**

**benzatinica 1 dosis**

**Cefalexina.**

**Clindamicina**

**Macrolidos  
(alérgicos  
penicilinas)**



# 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

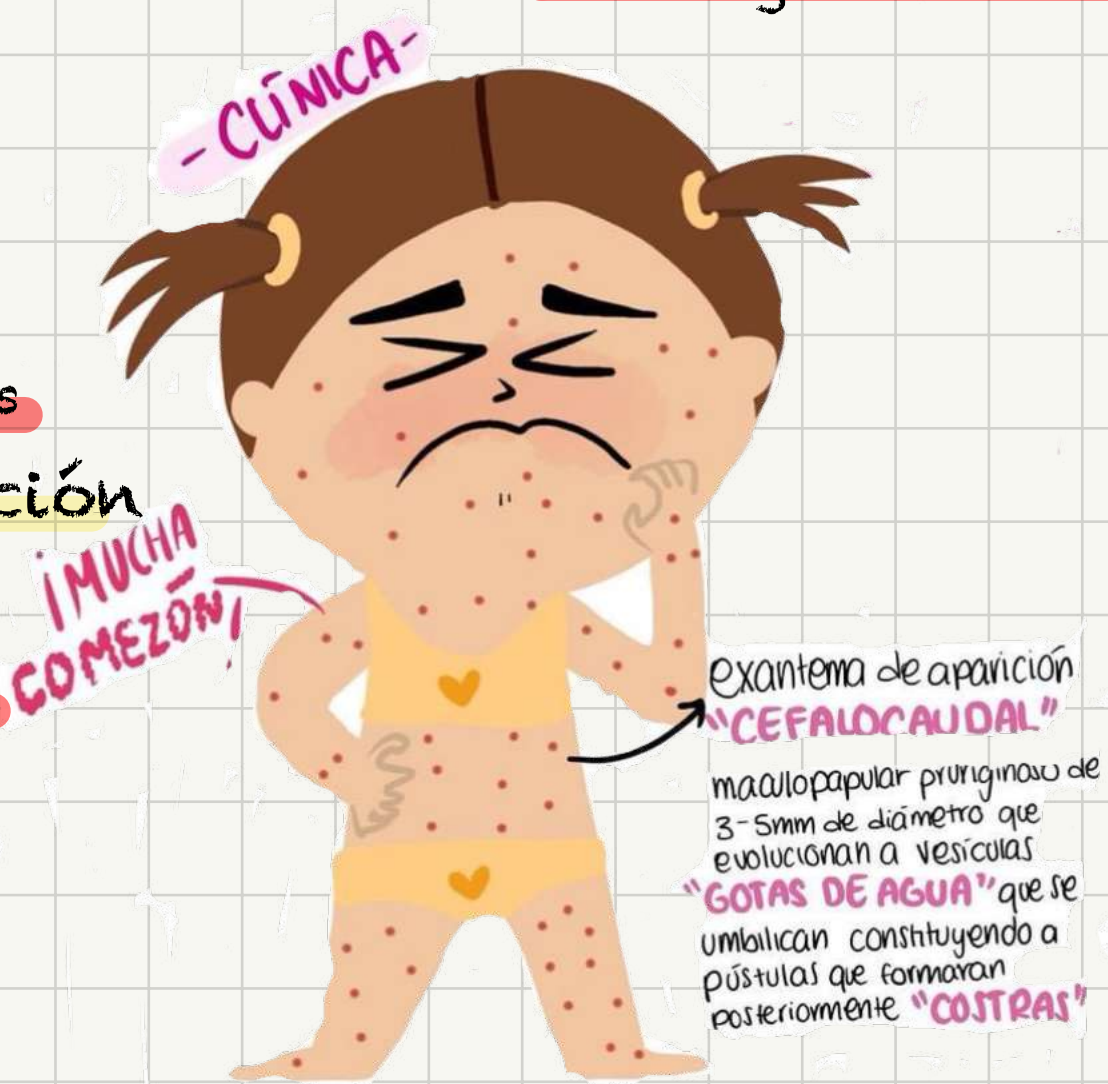
Clínico

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

Esquema	Edad	Dosis	Vía	Sitio
1ª dosis	12 meses	0.5 mL	SC	Región deltoides o trapecial del brazo izquierdo.
2ª dosis	4-6 años	0.5 mL	SC	Región deltoides o trapecial del brazo izquierdo.



# 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

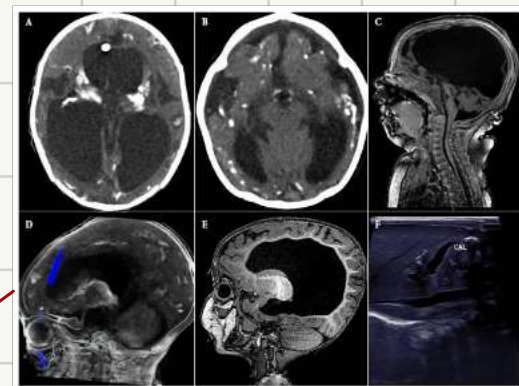
**Cabezón (hidrocefalia)**

**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

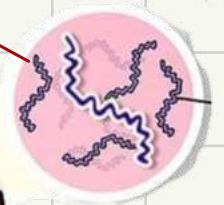
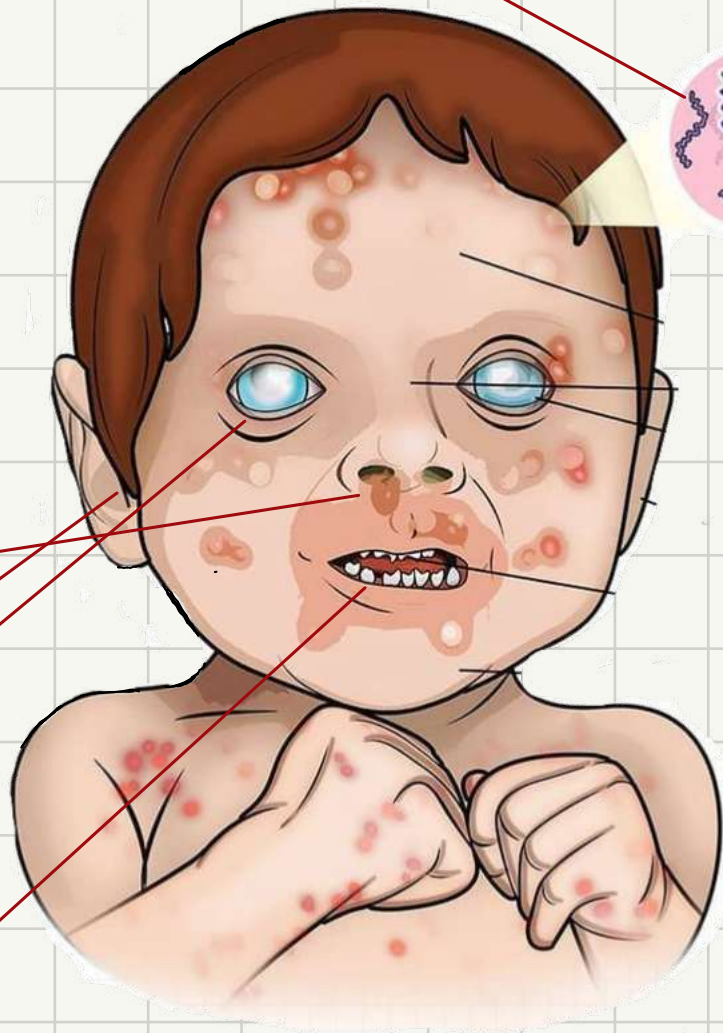
## Casos probables

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





# RUBÉOLA

## CONGÉNITA

De Paul Erick Alonso Solís

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, nasos

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

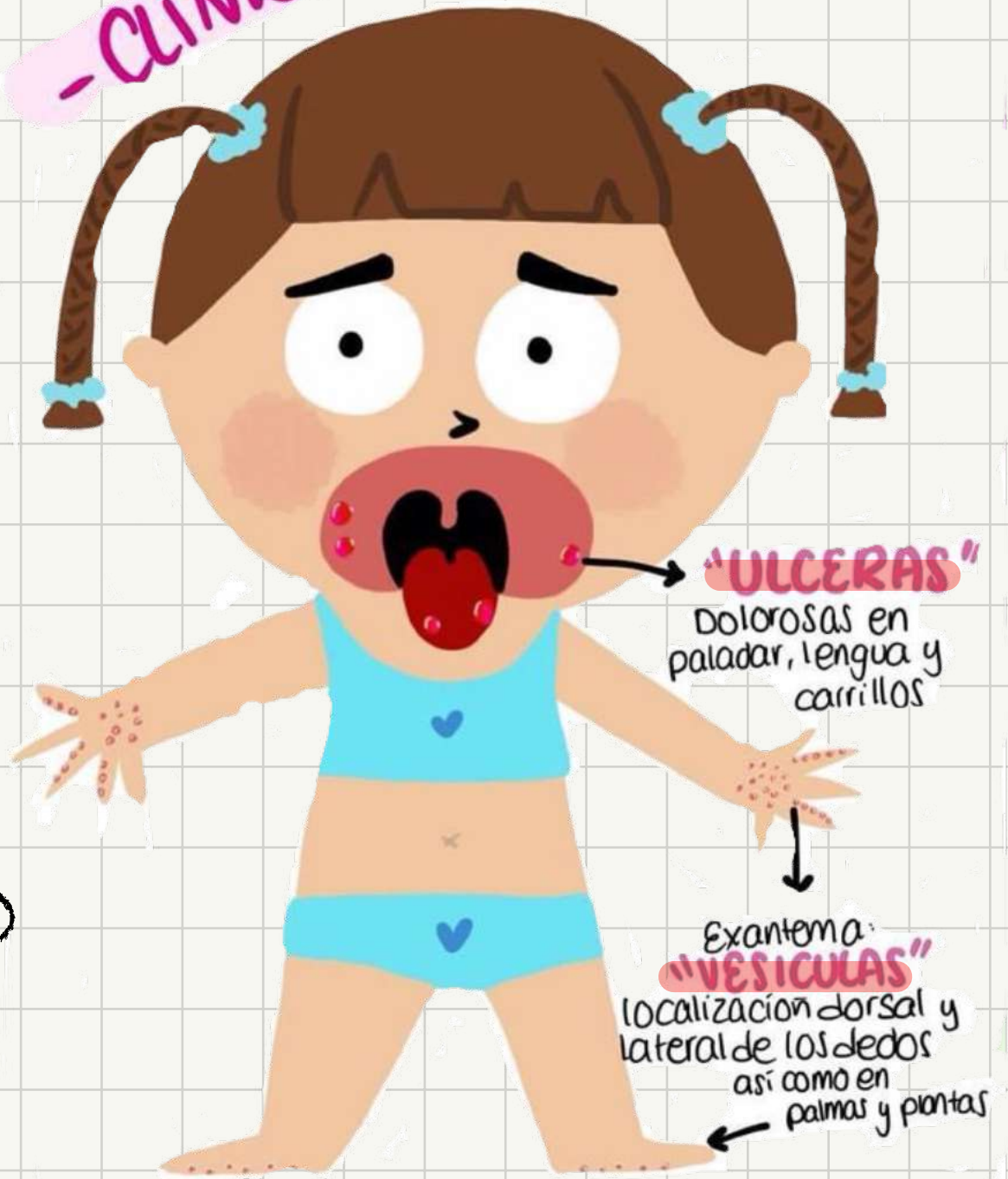
## Tratamiento

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 pasta

Sospecha SSSS

Afectación conjuntival o peribucal

Eritrodermia aguda

Diagnostico

Clínico

Biopsia de tejido y cultivo

Tratamiento

Antibioticoterapia

Tratar como si fueran quemaduras

Emolientes





# Bronquiolitis

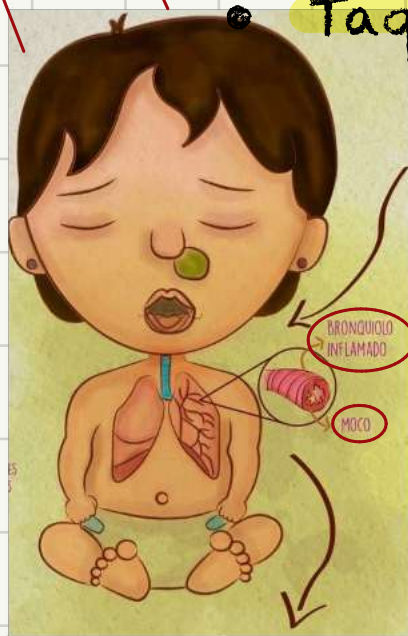
## Definición

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

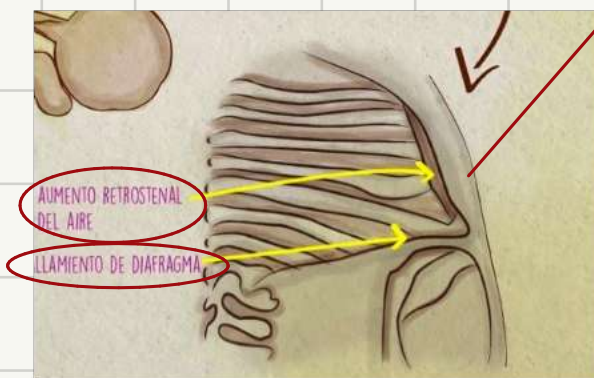
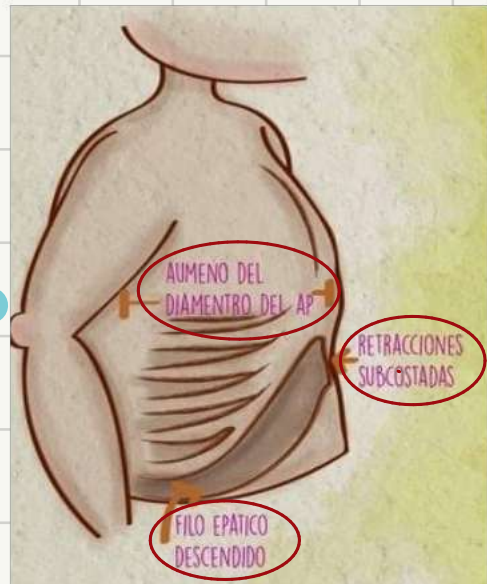
- Cuadro clínico
- Radiografía
- PCR

## 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 laringotraqueitis es una enfermedad respiratoria aguda, de inicio súbito, de presentación en edad pediátrica.

## Epidemiología

Niños de 6m-3 años

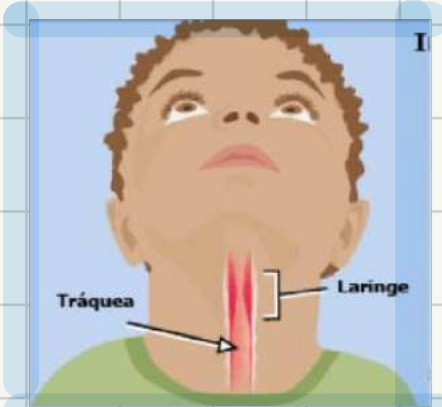
## Etiología

Viral

- Parainfluenza tipo 1
- VSR
- Adenovirus

Bacteriana

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

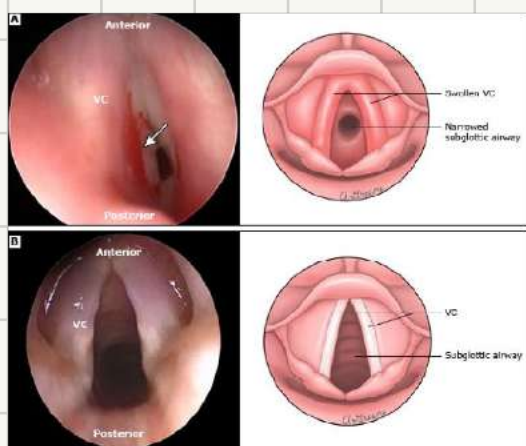


## Evaluación

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

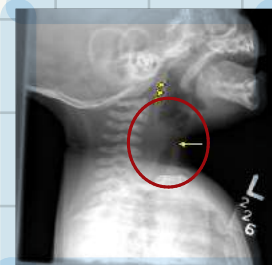
Leve <3; moderado 3-7; grave >=7.

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



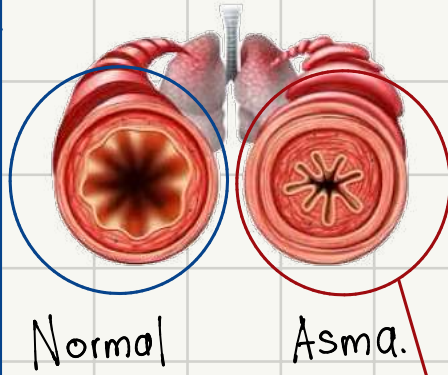
# ASMA

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	Más de una vez/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	Más de una vez/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



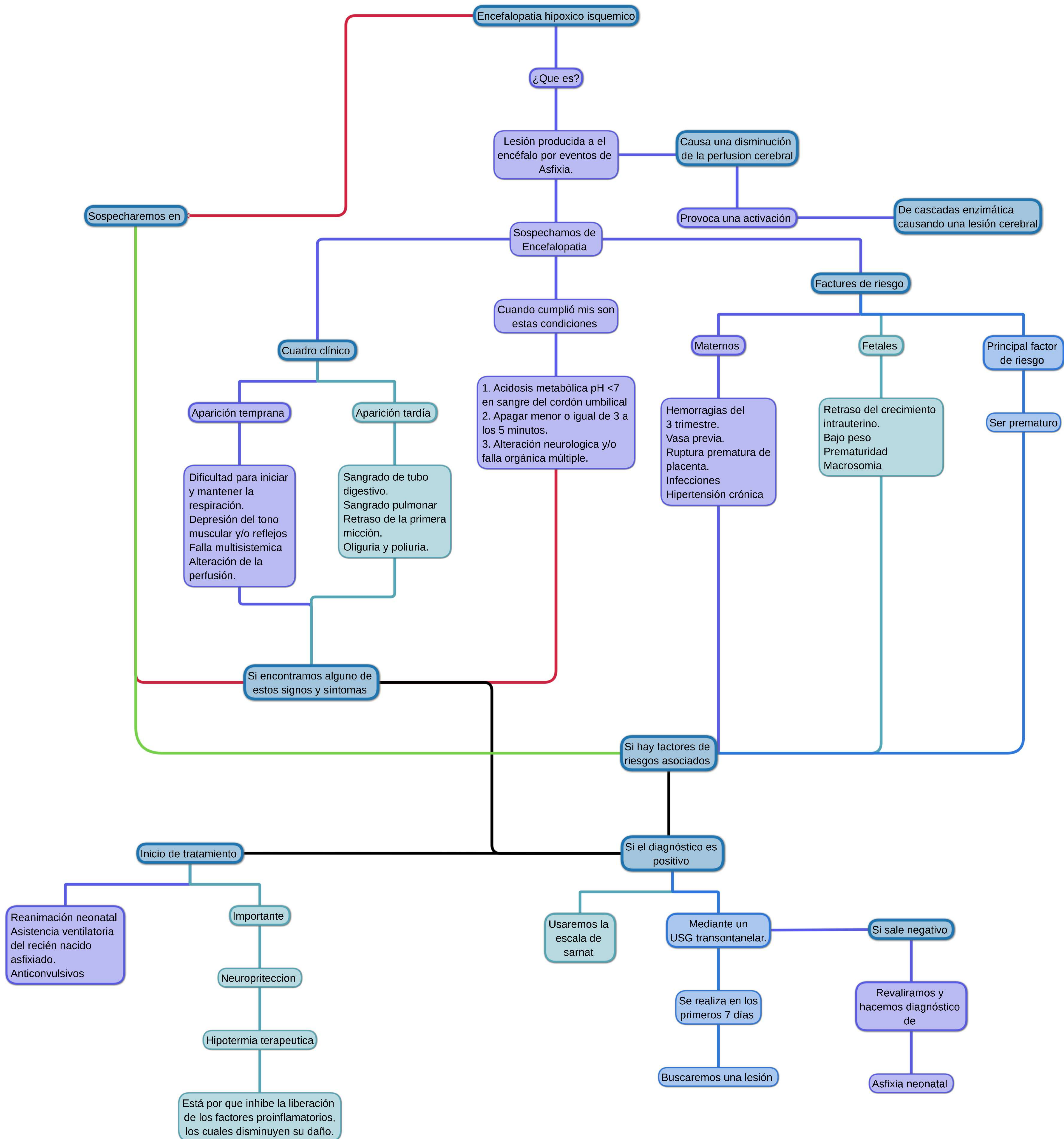
## Diagnostico

## Tratamiento

PASO	Tratamiento	Acción	Nota
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).	SABA según las necesidades o ICS en dosis bajas / formoterol
PASO 5	Tratamiento complementario: Tiotropio, Omalizumab, Mepolizumab.	Acción de OCS en dosis bajas.	

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 cristaloiide (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

Positivo

Damos tratamiento entre 7-10 días

Temprano

Ampicilina + Gentamicina

Tardío

Dicloxacilina + Gentamicina

Negativo

Valoramos con auxiliares

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

Suspendemos tx

En las próximas 72h

## 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

Hacemos diagnóstico confirmatorio

Hemocultivo gold standard

Positivo

Damos tratamiento entre 7-10 días

Temprano

Ampicilina + Gentamicina

Tardío

Dicloxacilina + Gentamicina

Negativo

Valoramos con auxiliares

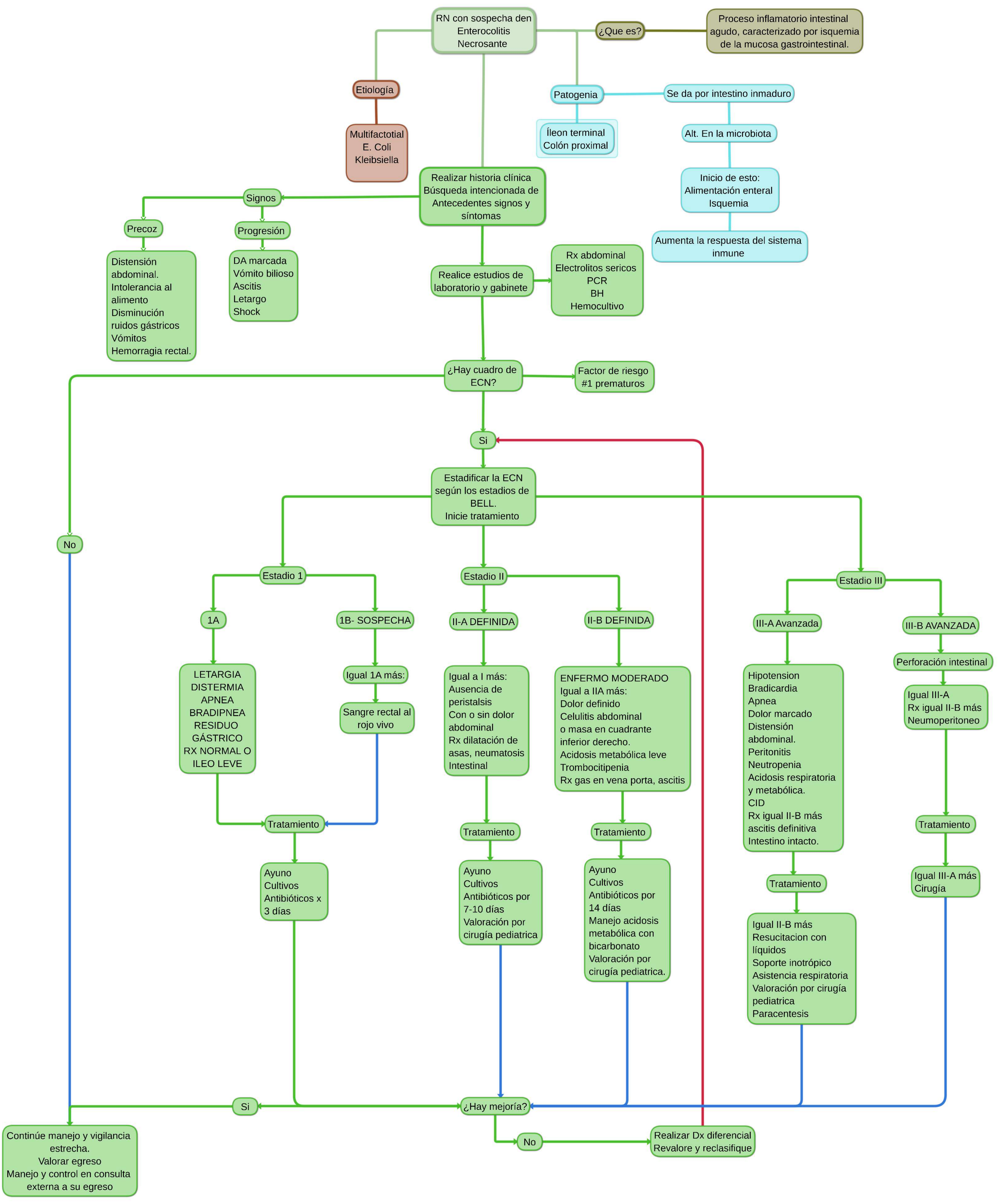
Conteo leucocitario  
Proteína C reactiva >10  
Procalcitonina >5  
Punción lumbar (cuadro de meningitis).

Suspendemos tx

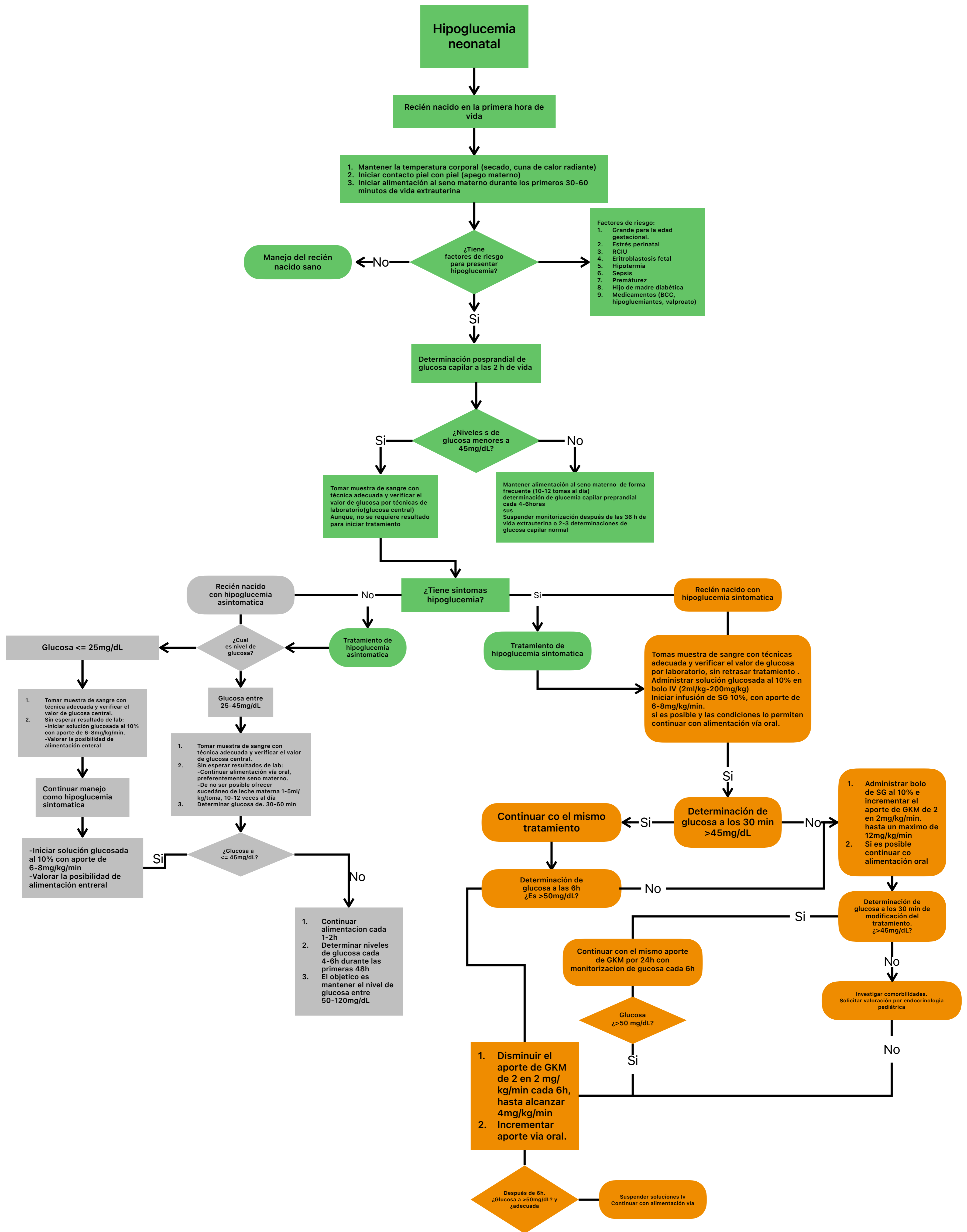
En las próximas 72h

Buscamos otra enfermedad

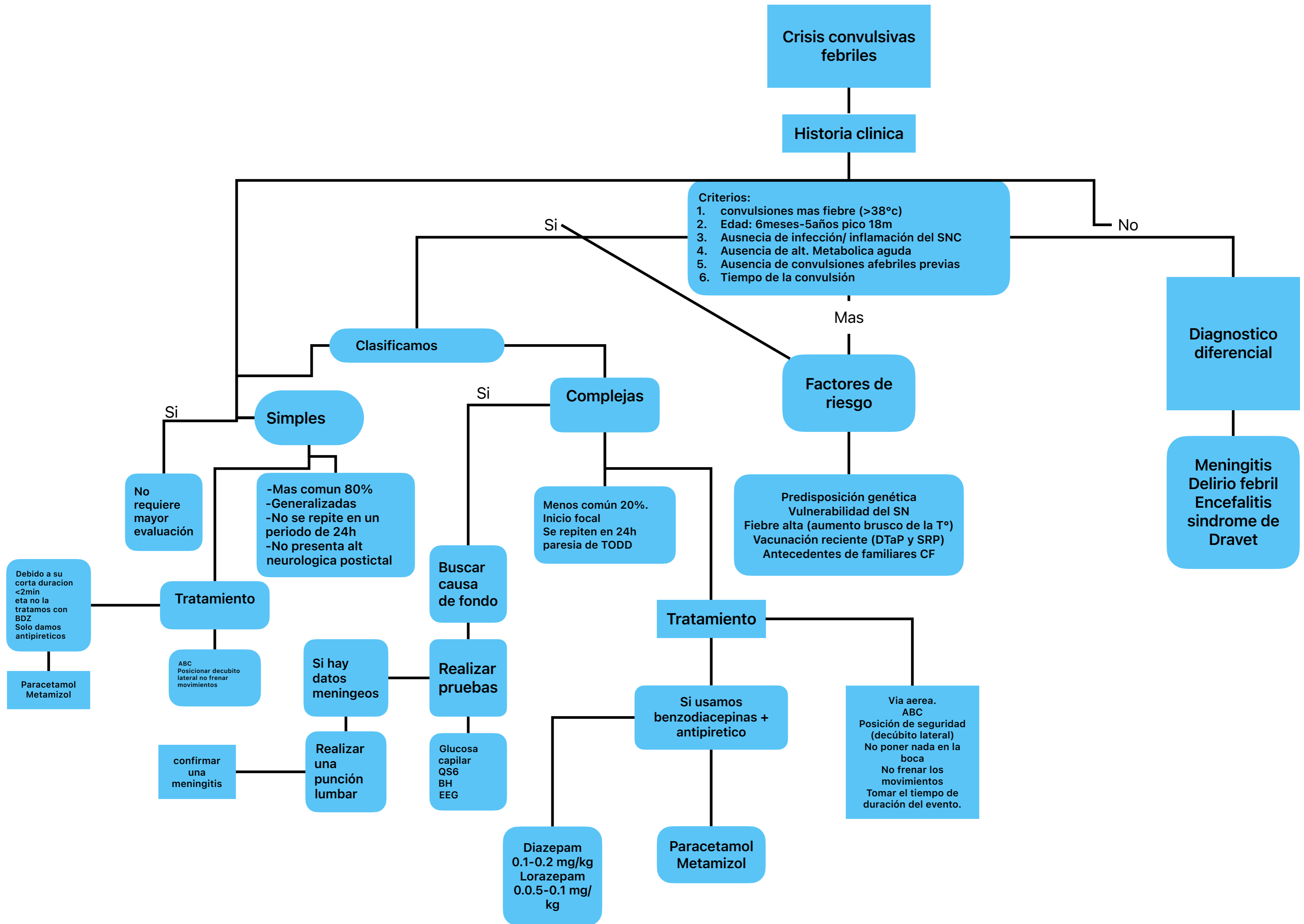




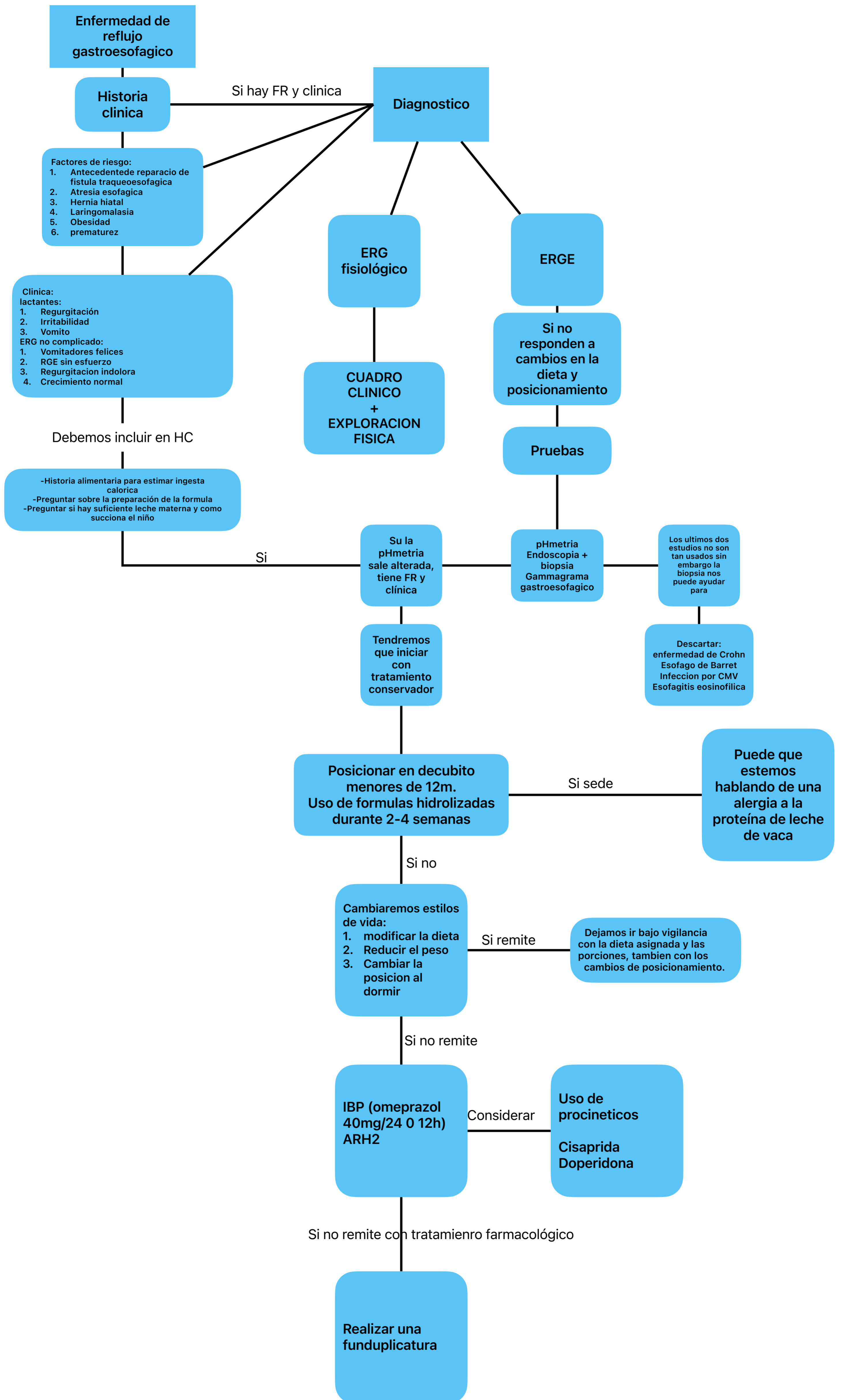






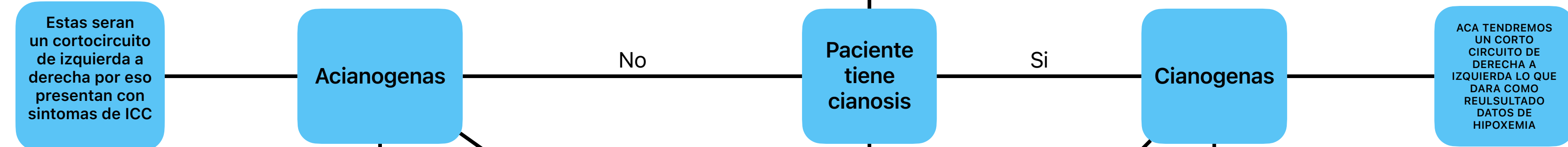








# Cardiopatías congénitas



Estas seran un cortocircuito de izquierda a derecha por eso presentan con sintomas de ICC

ACA TENDREMOS UN CORTO CIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA LO QUE DARA COMO REULSULTADO DATOS DE HIPOXEMIA

**Acianogenas**

**Cianogenas**

**Factores de riesgo**

- 1. Antecedentes heredofamiliares Enfermedades o exposicion materna: edad materna diabetes, enfermedad del colageno, fenilcetonuria, exposiion a farmacos.
- 2. Factores personales
- 3. Cromosomopatias (sx. down, sx de noonan)

Presenta: Cx asintomatica en la infancia  
EKG bloque de rama derecha por sobrecarga  
Rx de toras: cardiomegalia en cavidades derechas

¿Tenemos un bebe de mas de 1 año?

Presenta clinica al momento de nacer

**Tenemos que diferenciar cual es la patologia**

Si → con clinica

Clinica → Tiene cianosis severa al momento del nacimiento

¿Manifestaciones en adultos ? (Aunque estaciones en adultos ? (aunque puede presentarse en niños)

Presenta sintomas de insuficiencia cardiaca congestiva en los primeros meses de vida

Si → Presenta hipertension pulmonar y sx de eisenmenger

Si → Madre presento diagnostico de rubeola o niño prematuro

Mas → EF: encontramos un soplo mesosistolico eyectivo de baja intensidad en foco pulmonar "soplo en barra"

Si → Presenta datos de ICC y estatura menor a la esperada, EF: galope y estertores pulmonares

¿Tiene soplo?

En rx encontramos una cardiomegalia de cavidades derecha y pletora pulmonar + EKG con bloqueo de rama derecha

Que tipo → Dependiendo el defecto encontraremos un soplo pansistolico en cual dependera de el tamaño del defecto la intensidad que tendra

USG TT: encontramos un mal cierre del tabique interauricular

Más → **Eco doppler**

Comunicación interauricular

Comunicación interventricular

Si no cierra espontáneamente al año, se tendrá que hacer una intervención quirúrgica, esto se hace si hay alteraciones en el EKG.

Cierre percutaneo (cateterismo)

**Complicación**

Por un aumento de la presión pulmonar causando el Sx de "eisenmenger"

Rx. Crecimiento ento VI, boton aortico prominente

Ecografia transtoracica

Persistencia del conducto arterioso

Tratamiento es → Rn prematuros, cierre espontáneo tardío, en caso de presentar clinica, dar IPG (indometacina o ibuprofeno)

Rn a termino: cierre percutaneo a los 2 años si no tiene datos de Ic

- 1. Cianosis Retraso en el crecimiento
- 2. Crisis de hipoxemia a los 6m
- 3. al año cianosis en reposo

Estudios → Radiografia: signo de la bota o zapato sueco  
Auxiliares: EKG: bloqueo de rama derecha+ hipertrofia del ventriculo derecho

Gold standard → **Ecocardiograma**

La cual estariamos pensando en

Tetralogia de fallo

Si este es el diagnóstico → Tx: cirugia (fistula sistematica pulmonar modificada, reparacion de la obstruccion de salida del VD y cierre de la CIV)

En la Rx saldra el signoi de huevo en un hilo, el cual lo confirmaremos con el ecocardiograma

El cual es la patologia mas comun en los rn la cual es

trasposicion de grandes vasos

La cual nos habla sobre que la aorta se encunetra en el lugar de la arteria pulmonar y la arteria pulmonar en el de la aorta

Tratamos inmediato

Para medidas rápidas daremos prostaglandinas para evitar el cierre espontáneo de el conducto arterioso persistente

Estas son medidas rapoidas las cuales nos ayudaran para la intervencion qx

El balon de RASKIND pra mantener abierto el foramen oval

tx quirurico definitivo es el switch arterial de jadeen



