

Licenciatura En Medicina Humana

Materia:

Clínica de pediatría.

Nombre del trabajo:

Mapas conceptuales.

Alumna:

Keyla Samayoa Pérez

Grupo: “A” Grado: “7”

PASIÓN POR EDUCAR

Docente:

**Dr. Miguel de Jesús García
Castillo.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre de 2024.



Sarampion

Etiología

Virus ARN
Familia paramixoviridae

Epidemiología

Periodo de max contagio fase prodromica, posterior a la aparición de exantema.

Ademas

Se presenta en individuos no vacunados, con esquema incompleto.

Con aumento

Invierno y primavera

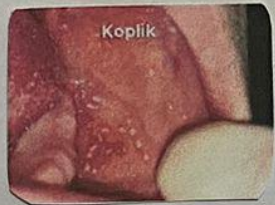
Clínica

Periodo incubación

7 - 18 dias.

Periodo prodromico

3-5 dias
Aparición de fiebre, tos seca, rinitis, manchas blanquecinas en mucosa subyugal
→ Manchas Koplik.



Periodo exantematico

4-6 dias
Exantema maculo papuloso confluyente, rojo, inicia retroauricular seguido de Ceplo caudal.

Diagnostico.

clinico, serologia IgM, exudado faringeo y ego.

Prevención.

Aplicación vacuna SRP. 12 meses, 18 meses y refuerzo a los 6 años.
0.5ml

Tratamiento.

Asintomatico
→ Vitamina A
< 1 año: 100mil UI
> 1 año: 200mil UI

Complicaciones.

- Otitis media aguda
Mas habitual NEUMONIA.
Por sobreinfección bacteriana.



Rubeola



Etiología.

Virus ARN de la familia togaviridae.

Epidemiología.

Usualmente < 1 año, época Primavera verano
Periodo máximo de transmisión < 7 > 7 días de la aparición de exantema.



clínica.

incubación 14-21 d.
Prodromos 1-2 días

Caracterizado por.

Cuadro catarral, fiebre
Petequias en paladar,
manchas Forchheimer.

Signo característico

Aderopáticas dolorosas retroauriculares
Cervicales postoccipitales.

Exantema.

3 días, morbiliforme y confluyente en cara

Diagnostico.

clínico + serología.

Prevención

Vacunación SRP.
12-18 meses y
repetido a los 6 a.
0.5ml

Tratamiento.

Sintomático.

Complicaciones.

- Artritis.
- Encefalitis.

ROCEOLA



Etiología.

Herpes virus tipo 6

Epidemiología

Preferente < 2 años
Contagioso en fase febril
y una semana previa.

Clínica

Fase febril 3 días
fiebre alta sin focalidad
y buen estado general

Fase exantemática

24 horas, exantema
maculopapuloso rosado
poco confluyente en tronco
y extremidades superiores

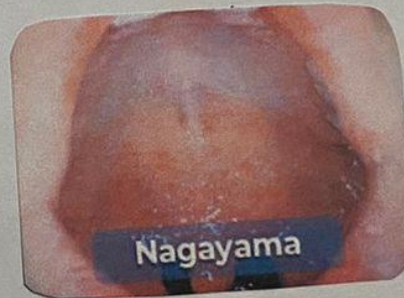
Exantema,
manchas de nagayama.

Diagnostico

clínico, clave
diagnostica: la
fiebre desaparece y
aparece exantema

Tratamiento.

Sintomático



Complicaciones.

Crisis compulsivas
febril. (6-15%)

Tratamiento.

Benzodiazepinas
(Diacepam)

Casos de urgencia
(Midazolam).

FIEBRE ESCARLATINA

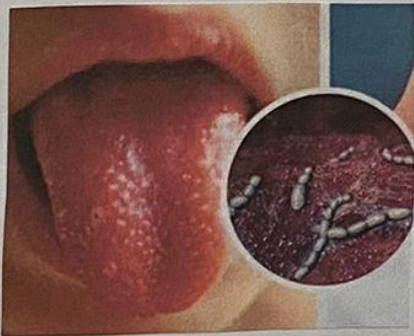


Etiología.

S. pyogenes

Epidemiología.

Más frecuente en invierno e inicios de primavera
Afecta escolares de 5-15a.



Respeto Δ filatob y líneas pastia.
2-3 días posterior a síntomas
Aspero (piel gallina), afecta
palma y plantas.

Clínica

Incubación 1-7 días

Prodromos 12-48h.
fiebre alta, cefalea,
escalofríos y vómitos

Exploración orofaríngea.

Lengua cubierta de capa
blanquecina y papilas
hipertrofiadas.

Lengua en fresa blanca
o saburral, posterior
lengua en fresa roja

Exantema.

Diagnóstico.

Clínica - cultivo
faringeo, pruebas
rápidas de detección
de antígenos.

Clave diagnóstica.

Inicia como una
faringoamigdalitis.

Tratamiento.

Penicilina oral x 10 días

Complicaciones.

Fiebre reumática
Otitis media aguda.



ERITEMA INFECCIOSO



Etiología:

Parvovirus B19

Epidemiología:

Más frecuente escolares
3-15 A. Aumenta en
primavera-verano
Contagiosa hasta 11 días
antes del exantema.

Clínica:

Fase inicial:

Del bofetón
eritema en ambas
mejillas

Fase intermedia:

Aparición elementos
maculopapulares y
eritematosos en tronco
y extremidades

Tercera fase:

Aclaramiento central de
lesiones, aspecto de encaje.

Diagnóstico:

clínico

Serología (IgM)

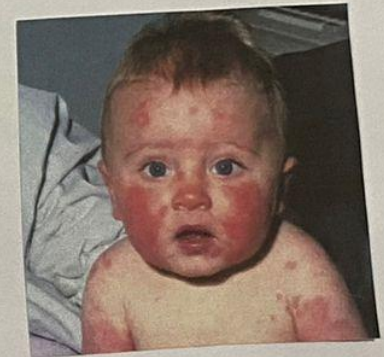
Tratamiento:

Sintomático

- Antihistamínicos
- Antivirales.

Complicaciones

4a
Aralgias, Artritis
Anemia, Aplasia
medubr.



ENFERMEDAD KAWASAKI



Etiología.

Vasculitis sistémica de causa desconocida

Epidemiología.

Hombres < 5 años
Causa más común de cardiopatía adquirida.

Clínica.

Fiebre de alto grado por 5 días en pacientes con mal estado general

Más 4 criterios.

Conjuntivitis bilateral
Aftas mucosa oral.
Adenopatías cervicales.
Eritema polimorfo.

Tres fases.

- Aumenta 10-140 mientras haya fiebre
- Sube al ceder la fiebre
- Convalecencia 4-8 sem.

Diagnóstico.

clínico
Criterios Kawasaki.
Laboratorios

Eco cardiografía bidimensional,
para valorar afección cardíaca.

Tratamiento.

gamaglobulinas intravenosas.

Complicaciones.

Cardiopatías adquiridas.





VARICELA

Etiología

Ocasionada por virus de la varicela-zóster.

Epidemiología

<1

< 10 años y en época de invierno y primavera.

Máximo contagio

Desde 24 horas antes de la aparición del exantema hasta que todos los lesiones se encuentran en fase de costra.

Clínica

incubación 10-21d.

Prodromos

Fiebre, tos, rinorrea
2-4 días.

Exantema

Caracterizada por ser pruriginosa y polimorfa
Exantema en cielo estrellado.



Sintomático
Mycopadaxil - Varicos
coloides.

Diagnóstico

clínico

Tinción Tzanck
serología.

Clave diagnóstica.

Cuadro catarral seguido del exantema pruriginoso.

Prevención

Aplicación vacuna
Virus vivo atenuado varicela
zóster. >12m. 1era dosis
2da dosis 4-6 años
0.5ml.

Tratamiento

Complicación

Sobreinfección bacteriana
S. pyogenes
y por *S. aureus*
síndrome de Reye.

SINDROME Mano - Pie - Boca.



Etiología.

Coxsackie A16
Enterovirus 71

Epidemiología

Más frecuente 3A-6M.
Verano - otoño

Contagio.

Via Fecal - Oral
gotas de Flugge.

Clinica.

incubación 2-14D.

Prodromico 2-4D.
Fiebre bajo grado
Anorexia, odinofagia
dolor abdominal

Trankemático:

Vesículas ovaladas
• Dorsal y lateral de dedos
2-3mm diametro
Palmar - Plantar

Diagnostico.

clinico, serología

Tratamiento.

Sintomático
Aines - Paracetamol

Complicaciones

Encefalitis
Meningitis
aseptica.



SINDROME PIEL ESCALDADA.



Etiología.

S. taphylococcus aureus

Epidemiología.

Propia de neonatos y <5a.

Clínica.

Trítema difuso, se pone blanco y se asocia a sensibilidad marcada de la piel

Más

Fiebre o irritabilidad
Signo nikolsky
Presión suave de lesión cutánea
Produce rotura y separación de la epidermis.

Descamativa.

Descamación de lesiones
(cara de hombre triste)
Costras y fisuras

Diagnóstico.

clínico-Histológico
cultivo: *S. aureus*.

Tratamiento.

Antibacteriano
Penicilinas,
Cefalosporinas,
macrólidos.



BRONQUIOLITIS



Clínica

Día 1-3 Fiebre, rinorrea, tos
Día 4-6 Dif. Respiratoria, taquipnea
hipoxia, respiración efibilancias
y estertores.

Factores de riesgo.

Prematuro, masculino, <2500g
Sx Down, Hiperlención pulmonar,
CROC, Ausencia de lactancia.

Definición

Síndrome clínico que ocurre
en <2a edad. por síntomas respi-
ratorios sup, seguido por infección
respiratoria baja con inflamación

Etiología.

Virus sincitial respiratorio
en un 80%, seguido por
rinovirus

Fisiopatología.

1. Vías aéreas se destruyen por tapones
2. Virus se replica dentro de células
3. ↓ Transporte de aire por obstrucción
4. glicoproteínas g. f. s. respirables de VRS.

Diagnóstico.

clínico

Radiografía → Hiperlención
↑ transparencia y aplanamiento
diafragmático.

Tratamiento.

Oxigenoterapia
Hidratación
Aspiración secreciones
• Parvuzumbó.



ASMA-BRONQUIAL



Clínica

△ Disnea recurrente + sibilancias inspiratorias y expektoraciones + tos crónica.

Segido a esto

Predominan o empeora en noche o madrugada, sibilancias inspiratorias halbagos más común.

Factores de riesgo.

Genética (alergia familiar) tabaquismo activo o pasivo, infecciones víricas

Otros.

Acaros, ejercicio, sensibilización alérgica a la leche, huevo o cacahuete.

Definición

Enfermedad crónica e inflamatoria de vías aéreas por hiperactividad bronquial, provocando obstrucción reversible del flujo aéreo.

Epidemiología.

Prevalencia en edad escolar 25.7%.

Incidencia.

123 por 100mil habitantes.

ASMA FACTORES DE RIESGO DIAGNÓSTICO		
EPISODIOS	FACTORES DE RIESGO	CRITERIOS
Niños con 3 episodios de sibilancias antes de los 3 años.	1 MAYOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatitis Atópica 2. Antecedentes familiares
	2 MENORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rinitis Alérgica 2. Sibilancias 3. Eosinofilia en sangre periférica 4. Prematuridad 5. Fumo de tabaco 6. Antibióticos en la infancia 7. Contaminación aérea 8. Infecciones víricas

Diagnostico.

Clínico: Historia, presencia de síntomas, >6a. Espirometría con broncodilatador

Valorando.

Reversibilidad de obstrucción VEF1/FCV <0.7 (<70%)
o incremento de VEF >12% o 200 ml con broncodilatador.

Tratamiento

CRITERIOS	SINTOMAS DIURNOS	SINTOMAS NOCTURNOS	VEF1	TRATAMIENTO
INTERMITENTE	1 vez por semana o menos	2 veces o menos por mes	> 80%	SABA a demanda
PERSISTENTE LEVE	2 o más veces por semanas	3 veces por mes	> 80%	GCI dosis bajas
PERSISTENTE MODERADA	Diario	1 vez por semana o más	60-80%	GCI dosis bajas + LABA
PERSISTENTE GRAVE	Diario	Diario	< 60%	GCI dosis medias o altas + LABA + Esteroides orales

CRUP

LARINGOTRAQUEITIS.



Clínica

△ Tos perruna
Disfonía
Estridor inspiratorio

Definición

Inflamación de laringe, traquea y bronquios por una infección viral.

Diagnostico.

• Inicial: edad + clínica.
• Radiografía anteroposterior del cuello → signo clásico agua o torre

Etiología.

Virus parainfluenza 1-3
Predominio invierno-otoño.



Tratamiento.

Leve: Dexametasona VO
0.15 mg/kg - 0.6 mg/kg 1 dosis.

Moderado: Dexametasona hospitalizar + epinefrina nebulizada.

Grave: Falla respiratoria.
Oxígeno si hay cianosis $SpO_2 < 92\%$
Epinefrina nebulizada a 2.254.

Epidemiología.

+ frec. entre 6-3 años.
Incidencia > 5% a los 2 años.
Frecuente en varones

CLASIFICACION DE LA INTENSIDAD DEL CRUP

LEVE	Tos trípica ocasional, sin estridor en reposo. Signo intercostal, supracostal ausente o leve.
MODERADO	Tos trípica frecuente, estridor audible en reposo, retracción esternal y supracostal en reposo, angustia o agitación inexistente o leve.
INTENSO	Tos trípica frecuente, estridor intenso inspiratorio, ocasionalmente espiratorio. Retración esternal intensa, con una marcada angustia y agitación.
FALLA RESPIRATORIA INMINENTE	Tos trípica (generalmente disminuida), estridor audible en reposo (distal al esternón), retracción esternal (puede ser leve), letargia, disminución del estado de conciencia, puede existir cianosis.

ESTRIDOR

Es una variante del ruido respiratorio que se relaciona con una obstrucción parcial de la vía aérea superior.

ESTRIDOR INSPIRATORIO	ESTRIDOR ESPIRATORIO
<ul style="list-style-type: none"> Sugestivo de lesión extratorácica. Localización primariamente en glotis pero puede extenderse por debajo a región subglótica. Hay compromiso de tráquea y bronquios principales. 	<ul style="list-style-type: none"> Sugestivo de vía aérea intratorácica. Se relaciona con lesión de la vía aérea baja. Compromiso de Bronquios.

Bibliografías:

Pediatría, C. (s.f.). *Pediatría CTO medicina y cirugía* (Vol. Sexta edición).