

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Yari Karina Hernández Chacha

Parcial : I ro

Nombre de la Materia Clínica Pediatría

Nombre del profesor: García Castillo Miguel de Jesús

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

7mo Semestre Grupo C



SARAMPIOM

Etiologia

- ARN
- Familia PARAMYXIVIRIDAE
- 99% DISMINUIDA EN AMERICA.

Epidemiologia

- * Personas no vacunadas
- Hstoria de contagio reciente con perosona enferma (21días)

Contagio

- Gotitas respiratorias
- 2 horas contactos niños
- 1 días antes de fiebre y durante exantema.

Incubacion

7 a 18 días

Prodromo

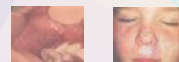
- Duracion de 5-7 días
- Fiebre
- Malestar general
- Catarro y tos
- Enamtema

Exantemico

- Duracion: Aparece 4o 5 días después de fiebre, dura 5 días.
- Maculo- popular, rojo intenso, desaparece ala dígito presión en primeros 3 días.
- Inicio retroauricular, cefálocaudal.

Clinica

Líneas de stimpson
Manchas de Herman
Manchas de koplik



Diagnostico

- Muestra de sangre para anticuerpos IgM
- Exudado Faringeo
- EGO

Personas no vacunadas vacuna SRP
Aplicacion a los 12meses, 18 meses y a los 6años.

No existe tratamiento específico

Complicaciones

Neumonía niños menos de 2 años
Laringotraqueitis
o CRUP del sarampión.

Vitamina A 100,000 UI(< 1año) o 200,000 UI (> 1 año)

- Prevencion de complicaciones



RUBEOLA.

50 % asintomático

Etiologia

- Virus Rubivirus
- Familia TOGAVIRIDAE.
- ARN

Epidemiologia

- Mexico: Libre de Rubéola
- inmunocomprometidos
- No vacunados o desnutricion.

Como se cantiagua.

- Contagio directo, inhalación de aerosoles o vertical. 7 días antes y 7 días después.

Incubacion

12-23 días

Prodormos

- Duracion 1-2 días (2-4 previos al exantemas)
- Adenopatis dolorosas retroauriculares postoccipitales.
- Conjuntivitis SIN FOTOFOBIA.

Exantemas

Duracion: 3 días rosado o rojo, cefálocaudal. se resuelve con descamación mínima .

Diagnostico

Clínico
serologies IgM a los 14 días.

Tratamiento

Asintomático

Complicación

Artritis(mujer)
Encefalitis
Purpura

Prevencion

Vacuna triple Viri a

Niños No deben ir ala escuela hasta los 7 días pots erupción.



EXANTEMA SUBITO

Roseola

Etiologia

- Herpes virus tipo 6
- 6ta enfermedad: HeXANTEMA subito.

Epidemiologia

- 50-60% niños infectados a los 12 meses.
- Casi 100% infectado a los 3 años.

¿Cómo se contagia ?

- Secreciones respiratoria
- Niños las transmiten en periodo febril y una semana previa.

Clinica

Tiene 2 fases



Diagnóstico

Clinico

Complicaciones

*Crisis febril, encefalitis y convulsiones.
6-15%

Tratamiento

Sintomático

Fase Febril

- Tres días
- Fiebre Alta sin focalidad
- monosintomatica

Fase exantematicas

- Maculas y papilas eritematosas en forma de almendra.
- Tronco Cuello y extremidades
- Manchas de Magama

ERITEMATOSAS

Fiebre Escarlatina

Etiología

- Streptococcus Pyogenes
- (EBHGA)

Epidemiología

- 3-15 años
- Invierno y primavera
- antecedentes de faringitis.

Incubación

- 1- 7 días

Contagio

- Fase aguda a 24hrs posterior al tratamiento

Clinica prodromo (24_48hrs)

- Inicio brusco: fiebre alta, odinofagia, cefalea, náusea, vómito y malestar general
- Lengua blanca y Lengua aframbuesada
- Maculas puntiformes en uvula y paladar "Manchas de forchermeir"
- Amígdalas edematosas, hiperémicas

Exantema

- Exantema eritematoso generalizado (No afecta palmas ni plantas) ASPERO
- "Piel de lija o gallina"
- Lesiones petequiales zona antecubital
- "Lineas de pastia"
- Enrojecimiento de cara respetando triangulo de Filatov

Diagnostico y complicaciones

- Clínico
- Cultivo faringeo Estándar de oro.
- prueba de detección rápida s.pyo genes

Tratamiento

Penicilina V oral x 10 días
amoxicilina
penicila G Benz atónica
Cefalosporinas.



Fiebre reumáticas
Glomerulonefritis postestreptocócica

ERITEMA INFECCIOSO

5ta Enfermedad



Etiología

- Parvovirus (Eritrovirus) B19

Epidemiología

- Exantema mas frecuente en la infancia
- 6-19 años.

Incubación

- 4-21 días

Contagio

6 a 2 días previos al exantema.

clínica Exantema dura 3 A 5 días

1º Etapa

Exantema eritematoso en mejillas
"Mejilla abofeteada"

Diagnóstico

Clínico
Serología IGM
PcR En Crisis Aplasica

Complicaciones AAAA

artritis
Artralgia
Anemia
Aplasia

Tratamiento

Sintomático

2º Etapa

- Exantema papular distal y simétrico en tronco

Apariencia de "Encaje"

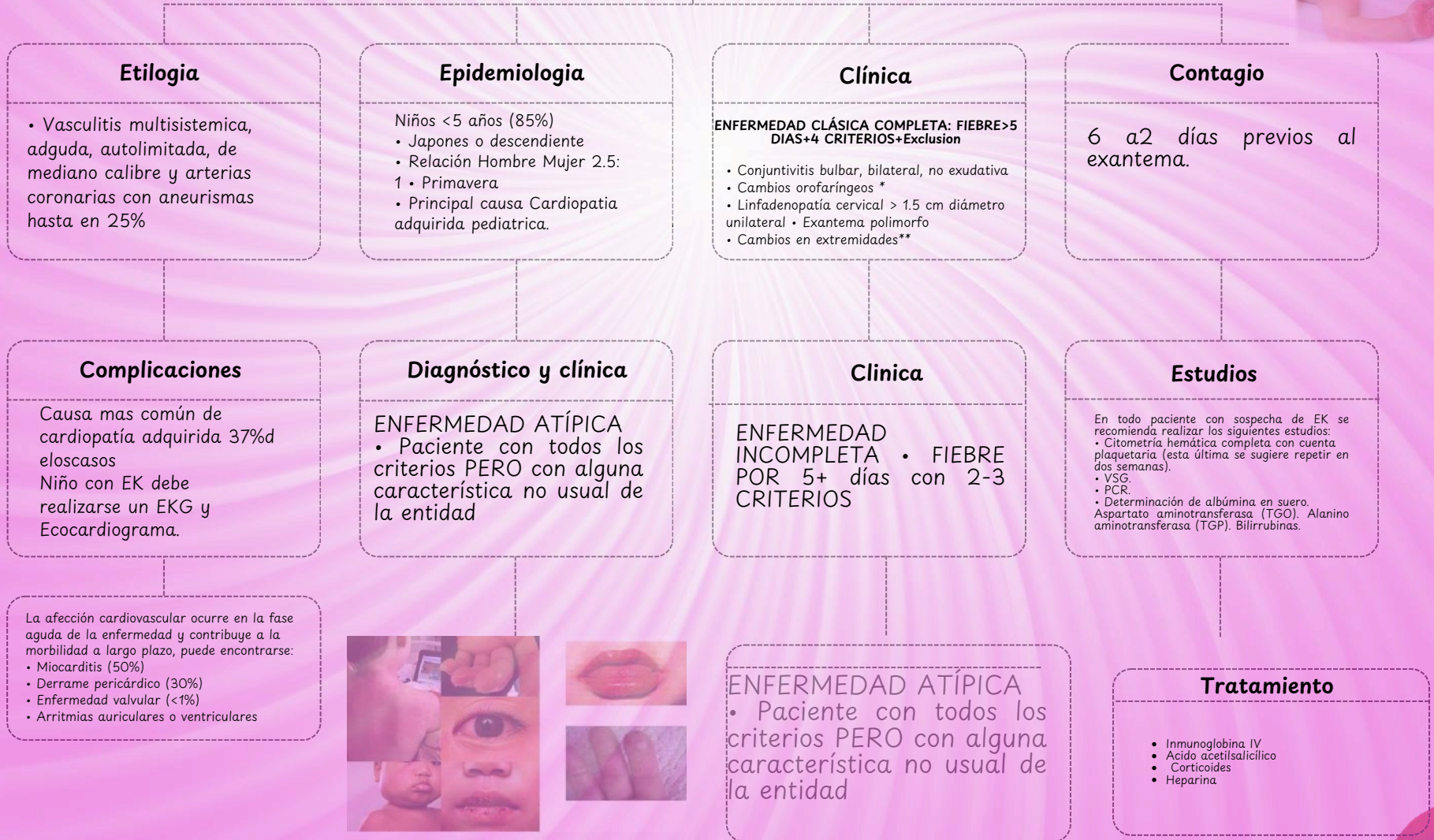


3º Etapa

Erupción recurrente por varias semanas (1-4 semanas)
Erupción recurrente con cambios por luz, presión o temperatura

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Ex monocutaneo Linfonodular



Varicela

Etiología

Virus Varicela-Zoster
(Herpes virus 3) •
Humano única fuente de
transmisión

Epidemiología

- Mayor incidencia: <1 año a 14 años • Invierno - Primavera
- 90% de la población <15 años
- Mayor morbimortalidad en adultos

Contagio

- 2 días antes de exantema hasta que todas las lesiones se encuentren en fase de cicatriz
- Gotitas de saliva o exudado vesicular
- Inmunidad de por vida, puede reaparecer como herpes zoster

Epidemiología

La severidad epidemiológica del brote de varicela deberá clasificarse como: leve (<50 lesiones cutáneas), moderado (50-500 lesiones cutáneas), y severo (>500 lesiones cutáneas, existencia de complicaciones, o paciente que amerite hospitalización).

Incubación

INCUBACIÓN • 10-21 días

Prodomos

- 2-4 días
- Fiebre, cefalea, malestar general

Exantema

- PRURIGINOSO y POLIMORFO • Diseminación cefalocaudal
- Exantema en "Cielo estrellado" 250 - 500 lesiones
- Maculas, papulas, vesículas (Rocio sobre pétalo de rosa) pustulas y costras
- Puede afectar mucosas
- Costras caen 1-3 sem (mancha hipocromica)

Diagnóstico

CLÍNICO
• Tinción de Tzanck: células gigantes multinucleadas
Embarazadas/inmunocomprometidos: serología

Complicación

1. - Sobreinfección bacteriana (S. Pyogenes y S. Aureus)
 3. - Neumonía
 4. - Síndrome encefalítico
- Síndrome de Reye (asociado a tx Ac. Acetilsalicílico)



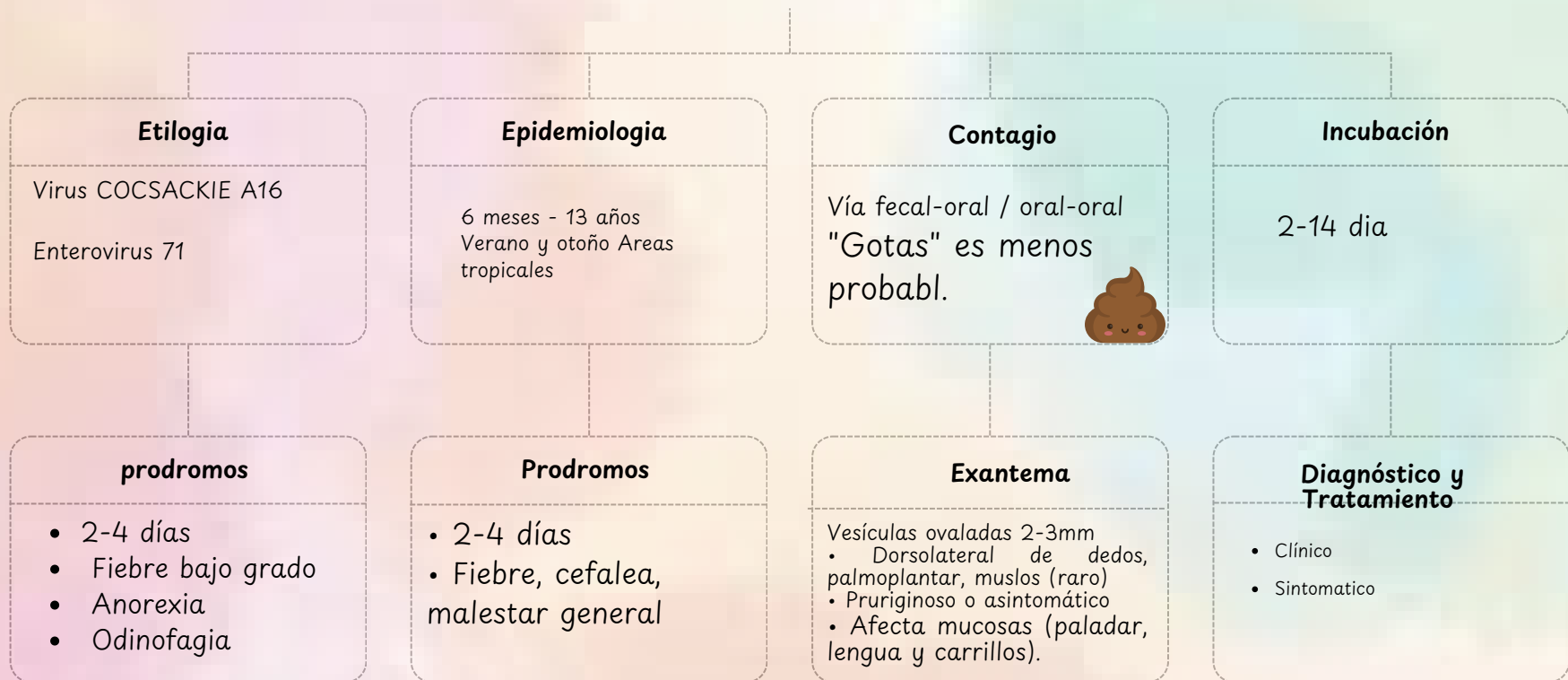
Prevención

Vacunación
• Contraindicadas i
alergia a neomicina, gelatina,
huevo, embarazo,
inmunosupresión, antecedente
de varicela

Tratamiento

Sintomático
Antisépticos por ruptura vesículas
Mupirocina si hay sobreinfección
ACICLOVIR/ Valaciclovir, foscarnet
(inmunodeprimidos, complicaciones y >13 años)

Síndrome de pie, mano, boca



Síndrome De Piel Escaldada

Etiología

- Trastorno de la piel superficial con ampollas, causado por toxinas exfoliativas de *Staphylococcus aureus*.

Epidemiología

- Recién nacidos - 5 años
- Puede afectar niños mayores o adultos
 - Mortalidad en niños 4% adultos 60%
- Contagio or contacto directo con pacientes infectados

FIEBRE ESCARLATINA ESTAFILOCOCICA

- Forma leve de SSSS
- Reacción escarlatiniforme generalizada con exfoliación
 - Piel de lija y líneas de Pastia
- PERO sin fresas

Clínica 3 etapas Eritrodermia

- Eritema difuso piel de lija dolorosa
- Fiebre
 - irritabilidad

Diagnóstico

- Clínico

Tratamiento

- Siempre Intrahospitalario

AMPOLLAR

- Bulas grandes
- Signo de Nikolsky +

DESCAMATIVA

- Descamación de las lesiones
 - No tiene afección palmoplantar
- : Cosatsy homber tiste periorales

BRONQUIOLITIS

Definición

La bronquiolitis se define como el primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias, de causa infecciosa, en un niño de menos de dos años (bronquiolitis aguda típica).

Etiología

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente causal que presenta mayor incidencia (60-80%), seguido del metapneumovirus. El resto de los casos son provocados por otros agentes como adenovirus, parainfluenzae,

Epidemiología

La fuente de infección suele ser familiar, en niños mayores y en adultos ocasiona cuadros pseudocripales, catarrales y bronconeumonías

Fisiopatología

Durante una infección por VRS se manifiesta una obstrucción bronquial causada por edema, acumulo de moco y detritus celulares, con lo que disminuye el radio de la vía aérea, con el subsiguiente aumento de la resistencia al paso de aire.

Incubación

INCUBACIÓN • 10-21 días

Cc

- Catarro
- Dificultad respiratoria progresiva
- tos seca
- fiebre o fiebre
- y rechazo de las tomas

Diagnóstico diferencial

Neumonía por Chlamydia: aparece entre el primer y el cuarto mes de vida,

Otros diagnósticos diferenciales: laringotraqueítis, asma, neumonía bacteriana, tos terina, malformaciones pulmonares, cardiopatía, norosis quística, aspiración por reflujo gastroesofágico, etcétera.

Diagnóstico

- CLINICO
- Radiografía de tórax

Tratamiento

- Hidratación y nutrición
- Oxigenoterapia a demanda
- niños >6 meses prueba de terapéutica con salbutamol inhalado.

ASMA

Definición

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, en cuya patogenia intervienen diferentes células y mediadores inflamatorios, condicionada parcialmente por factores genéticos, que cursa con hiperreactividad de la vía aérea a una gran variedad de estímulos y con obstrucción reversible al flujo aéreo,

Etiología

Factores del huésped:
Genéticos: atopia/hiperreactividad bronquial.
Otros: obesidad.
Factores ambientales:
Alérgenos.
Infecciones: VRS y virus parainfluenzae.
Tabaco.
Contaminación ambiental/doméstica.
Dieta: lactancia materna.

Diagnóstico

Se basa en la clínica, de donde parte la sospecha, junto con la demostración de obstrucción reversible, hiperreactividad bronquial o variabilidad de la función pulmonar

Clasificación

Una vez hecho el diagnóstico de asma será interesante hacer una clasificación para establecer niveles de gravedad y de control de la enfer-

Para que una prueba broncodilatadora sea positiva debe haber una mejoría de FEV₁ mayor o igual al 12%. En el caso de los test de hiperreactividad bronquial, la disminución del FEV₁ debe ser mayor

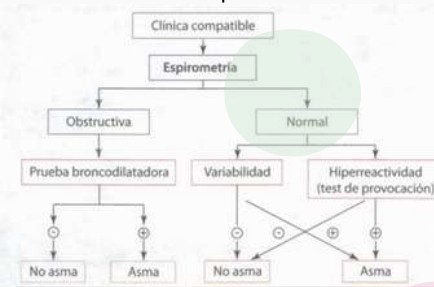
La etiología del asma no está aclarada, pero se cree que surge de la interacción de aspectos genéticos y ambientales.

Tratamiento

Fármacos de rescate o aliviadores

Tratamiento del asma crónico

B-Agonistas de acción corta a demanda.



Asma	Criterios
Asma intermitente	<ul style="list-style-type: none"> Crisis de síntomas breves, menos de una vez a la semana Menos de dos crisis nocturnas al mes Periodo intercrisis asintomático y con función normal FEV₁ o PEF > 80% del teórico Variabilidad < 20% Incluye el asma por ejercicio
Asma persistente leve	<ul style="list-style-type: none"> Más de una crisis semanal, pero menos de una diaria Más de dos crisis nocturnas al mes A veces hay limitación de la actividad y del sueño Situación basal: FEV₁ o PEF > 80% del teórico Variabilidad > 20%
Asma persistente moderada	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas continuos Más de una crisis nocturna a la semana Limitación de la actividad y del sueño Situación basal: FEV₁ o PEF 60-80% del teórico Variabilidad > 20%
Asma persistente grave	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas continuos Exacerbaciones y crisis nocturnas frecuentes y graves Ingresos hospitalarios frecuentes Limitación de la actividad y del sueño Situación basal: FEV₁ o PEF < 60% del teórico Variabilidad > 30%

Tabla 3.2. Clasificación clínica del asma

Características	Controlada (todo los días)	Parcialmente controlada *	No controlada
Síntomas diurnos	Dos o menos veces por semana	Más de dos veces por semana	Al menos tres características del asma
Uso de medicación de rescate	Dos o menos veces por semana	Más de dos veces por semana	Parcialmente controlada presentes en 1 semana
Síntomas nocturnos	Ninguno	Alguna vez	
Limitación de actividad	Ninguna	Alguna vez	
Función pulmonar (FEV ₁ /PEF)	Normal (> 80%)	< 80%	
Exacerbaciones	Ninguna	Una o más al año	Una exacerbación, convierte por definición el asma en no controlada

*Alguna de las características presente en cualquier semana

CRUP

Definición

Es una enfermedad respiratoria aguda, de inicio súbito, de presentación en edad pediátrica. Se caracteriza por tos traqueal, estridor laríngeo inspiratorio y disfonía, estos datos clínicos conforman la triada característica de la enfermedad.

Etiología

- (El mayor presente es parainfluenza tipo 1)
menos frecuente adenovirus

Epidemiología

Incidencia anual 1.5-6:100 niños < 6 años

Cuadro clínico

Afonía

Presencia de tos perruna, de foca o ronca
Estridor respiratorio

Diagnóstico Diferencial

Traqueitis bacteriana
(fiebre alta persistente)
: Epiglotitis
Cuerpo extraño

Diagnóstico

Inicio Súbito.
Fase prodrómica 12 a 48 hrs:

Gabinete

Radiografía de Cervical AP.
Signo de la «aguja o torre»
No realizar de forma rutinaria.



Tratamiento

Farmacológico.

Glucocorticoides (piedra angular).
Dosis única de DEXAMETASONA 0.60 mg/kg VO, 0.6 mg/kg IM.

BUDESONIDA nebulizada 2 mg.

Farmacológico.

Iniciar manejo para LTA leve a moderado:

DEXAMETASONA 0.6 mg/kg con
PREDNISOLONA 1 mg/kg.

Farmacológico.

Para LTA grave y que amenaza la vida:
L-EPINEFRINA 4 ampulas de 1 ml (4ml)
de 1 mg sindiluir (nebulizada).