



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dra. Karla Sofía López Gutiérrez

Cuadro comparativo

PASIÓN POR EDUCAR

Pediatría

6" B

Comitán de Domínguez Chiapas a Julio de 2025

CUADRO COMPARATIVO

PATOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
RESFRIADO COMÚN	- Mayor incidencia en otoño y primavera Fx PROTECTORES - Lavado de manos - Vacunación - Lactancia materna Fx de RIESGO - Guardería - Clima templado	Rinovirus 80-90%	- Tos - Fiebre - Disonía - Odinofagia - Irritabilidad - Congestión nasal - Congestión conjuntival.	Se realiza de forma clínica.	- Paracetamol 10mg / kg (medicamento de elección). NO FARMACOLÓGICO Eucalipto, miel de trigo, vapores inhalados. NO ADMINISTRAR - Vitamina C - Salbutamol - Antitusígenos - Descongestionantes.
FARINGO-AMIGDALITIS	- Frecuente en la infancia Fx de RIESGO - Exposición a humo de tabaco - Contacto con px con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos. - Antecedentes de reflujo gastroesofágico	- Origen viral (80-90%) - Rinovirus - Coronavirus - Adenovirus 15% Streptococcus pyogenes.	- Exudado faríngeo, inflamación amigdalina o exudado - Nódulos cervicales anteriores dolorosos o inflamados. - Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ - Ausencia de tos. - Edad de 3-14 años - Edad de 15-44 años - Edad > 44 años.	- Clinico con criterios de CENTOR < 2 puntos: Tx sintomático 3 puntos: prueba rápida de antígeno > 4 puntos: Antibiótico SBHGA: En caso de no reniriv dar atb Estándar de oro - Cultivo faríngeo	- Paracetamol Niños < 27 kg: Penicilina g benzatínica 600 000 UI IM DU Niños > 27 kg: PGB 1 200 000 IM DU Alternativo: Penicilina procainica por 3 dosis c/24 hrs Alergia: Eritromicina / azitromicina (macrólidos). No farmacológico: 1/4 de cucharada de bicarbonato en un vaso de agua. Faringoamigdalitis bacteriana recurrente - Amigdalectomía.

PATOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
TOS FERINA	- Más frecuente en invierno 6 meses - 3 años > 20 años - Altamente contagiosa - Personas no vacunadas.	Bordetella pertussis	Fase catarral - Dura 2 semanas - Resfriado común + contagioso Fase paroxística 3-4 semanas - Tos cianótica - Estridor inspiratorio - Tos quintosa - Niños → Apneas. Fase convalecencia - Tos desaparece lentamente - Complicaciones como NAC, encerolopatía, convulsión	- Clínica - Labs → Linfocitosis - G3 → Cultivo nasofaríngeo (primeras 3-4 semanas).	Fase catarral Eritromicina por 14 días + vacuna hexavalente. Alergia → TMP-SMX Profilaxis - Eritromicina por 14 días. - Vacuna TDPA
BRONQUIOLITIS	- Grupo afectado 3-6 meses de edad > Prevalencia de Noviembre a marzo - Ambiente con fumadores FACTORES DE RIESGO - Prematuridad - Tabaquismo pasivo - contaminación - Hacinamiento - Cardiopatías congénitas	virus sincitial respiratorio OTROS - Metapneumovirus - Parainfluenza - Influenza.	Día 1-3 febrícula + rinorrea + tos Día 4-6 Taquipnea, hipoxia, sibilancias audibles, cianosis. clasificación de gravedad - Escala de Wooddownes Duración promedio 12 días.	inicial - Clínico. Evaluar en 24-48hs ↳ Rx de torax Duda diagnóstica ↳ Prueba rápida Identifica el agente causal	- Sintomático - Nebulización con NaCl al 3% (Hipertónica). - O2 cuando tenga Saturación < 90%. Antecedentes de atopia, asma o alergia - Dosis de salbutamol.

ASMA

EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	CLASIFICACIÓN
Factores Desencadenantes • Alérgenos • Ejercicio • Contaminación • Infecciones respiratorias. factores Protectores • Lactancia Materna • Convivencia temprana con mascotas.	Hipersensibilidad tipo I.	• Tos • Disnea • Nocturno • Opresión torácica criterios mayores. - Historia de padres con asma - Dermatitis atópica - Sensibilidad alérgica. criterios menores. - Sensibilización alérgica a leche, huevo, cacahuete - Sibilancias - Eosinofilia $\geq 4\%$.	• Clínica $\rightarrow$ 2 o más síntomas. • Espirometría • Rx normal • Prueba terapéutica con corticosteroides inhalados.	No farmacológico - Evitar tabaquismo - Evitar realizar ejercicio al aire libre Tratamiento base 1 Rescate $\rightarrow$ Salbutamol > 12 años: formoterol + CEI 2 Corticosteroides inhalados a dosis bajas. 3 CEI dosis bajas + LABA o CEI dosis media. 4 Especialista: CEI dosis altas + LABA Exacerbación crisis leve $\rightarrow$ Oxígeno + corticosteroide sistémico crisis grave $\rightarrow$ mismo tx + traslado urgente Peso respiratorio inminente $\rightarrow$ SABA y bromuro de ipratropio • Salbutamol 4-10 inhalaciones cada 20 minutos por 1 hora.	Intermitente - Síntomas diurnos 2 veces por semana - Síntomas nocturnos 2 veces al mes - Relacionada con ejercicio. Leve persistente - Síntomas diurnos 2 veces por semana - Síntomas nocturnos > 2 veces al mes - FEV1 $> 80\%$. - 1 exacerbación por año. Moderada persistente - Síntomas diurnos diarios - Síntomas nocturnos > 1 vez por semana - FEV1 60-80%. Grave persistente - Síntomas diurnos más de una vez por día - Síntomas nocturnos frecuentes - FEV1 $< 60\%$.