



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Maricruz Elizama Méndez Pérez

Parcial: Iro

Nombre de la Materia: Clínica pediátrica

Nombre del profesor: Dr. Ricardo de Jesús Aguilar Felipe

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Séptimo

Enfermedad	Staphylococemia	Eritema infeccioso	Enfermedad de Kawasaki	Sarampión	Rubeola
Definición	epidermólisis aguda causada por una toxina estafilocócica.	Un sarpullido rojo brillante en las mejillas es un signo distintivo de una infección por parvovirus.	afección rara que en general ataca a niños pequeños. También se conoce como síndrome de Kawasaki y síndrome de ganglios linfáticos mucocutáneos.	enfermedad muy contagiosa y grave causada por un virus	una enfermedad viral contagiosa que ocurre más seguido en niños.
Etiología	Una descamación generalizada con enfermedad sistémica con mayor frecuencia corresponde a una necrólisis epidérmica tóxica en pacientes mayores y el síndrome de la piel escaldada estafilocócica en lactantes y niños pequeños (y ocasionalmente en adultos inmunocomprometidos)	El parvovirus humano B19 provoca la infección por parvovirus	Se desconoce la etiología de la enfermedad de Kawasaki, pero la epidemiología y la presentación clínica sugieren una infección o, más probablemente, una respuesta inmunitaria anormal a una infección en niños genéticamente predispuestos	causado por un virus de la familia de los paramixovirus	un virus que se trasmite de una persona a otra
Epidemiología	Los lactantes y los niños son los más susceptibles. niños < 6 años (sobre todo a lactantes)	muy frecuente en niños que cursan la escuela primaria durante los brotes en los meses de invierno y primavera	lactantes y niños de 1 a 8 años de edad La relación varones:mujeres es de alrededor de 1,5:1. El 80% de los pacientes son < 5 años (pico: 18-24 meses). Los casos en adolescentes, adultos y lactantes < 4 meses son raros	Se estima que entre 2000 y 2017 la vacuna contra el sarampión evitó 21,1 millones de muertes. A nivel mundial, las defunciones por sarampión han descendido un 80%, pasando de 545 000 en el año 2000 a 110 000 en 2017.	
Tiempo de incubación	72 Horas			10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días	2-3 semanas
Vía de contagio	Contacto directo	persona a persona, como un resfriado, a menudo a través de la respiración, la tos y la saliva, por lo que puede propagarse mediante el contacto cercano entre personas y el contacto directo		contacto directo y del aire	Estornudos, contando directo, tos
Cuadro clínico	La lesión inicial suele ser costrosa y superficial. En las 24 horas siguientes, la piel circundante se vuelve dolorosa y de color escarlata, cambios que se extienden hacia otra zonas con rapidez. Aparecen ampollas grandes y transitorias sobre la piel eritematosa, que se rompen rápidamente y producen erosiones.	Fiebre Malestar estomacal Dolor de cabeza Goteo nasal adquiere un aspecto rosa, reticulado y levemente en relieve	La fase aguda comienza con fiebre que dura al menos 5 días, por lo general > 39 °C (alrededor de 102,2 °F) y no remite si no se trata con antipiréticos. Fase subaguda presentan linfadenopatías cervicales no supuradas, dolorosas a la palpación (≥ 1 ganglio ≥ 1,5 cm de diámetro) durante toda la evolución de la enfermedad. La fase de convalecencia comienza cuando desaparecen los signos clínicos y continúa hasta alrededor de 6 a 8 semanas después del inicio de la fase aguda.	rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas.	En niños, la enfermedad es usualmente leve, con fiebres bajas, náuseas y erupciones transitorias Fiebre leve de 102 °F (38,9 °C) o menos Dolor de cabeza Congestión nasal o goteo de la nariz Enrojecimiento y picazón en los ojos Ganglios linfáticos agrandados y sensibles en la base del cráneo, la parte trasera del cuello y detrás de las orejas
Tipo y localización de las adenopatías	Las ampollas se presentan con frecuencia en áreas de fricción, como las zonas intertriginosas, glúteos, manos y pies	la cara de tu hijo, de color rojo brillante, generalmente en ambas mejillas los brazos, el tronco, los muslos y los glúteos	Dentro de los 5 días, aparece un exantema eritematomaculoso polimorfo, sobre todo en el tronco, a menudo con acentuación en la región perineal. La fase subaguda dura desde que desaparece la fiebre hasta alrededor del día 25. Aproximadamente el décimo día comienza la descamación periungueal, palmar, plantar, y perineal.	Al cabo de unos tres días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que va extendiendo, acabando por afectar a las manos y pies.	sarpullido rosa tenue en el rostro, tronco y en los brazos y piernas.
Tipo y localización del exantema	Las ampollas intactas se extienden en sentido lateral cuando se las presiona con suavidad	las manos, las muñecas, las rodillas y los tobillos.	El exantema puede ser urticariano, morbiliforme, eritema multiforme o escarlatiniforme. Se acompaña de congestión faríngea, labios enrojecidos, secos, agrietados y lengua de fresa.	El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).	
Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Biopsia Se deben obtener cultivos de las zonas con sospecha de infección primaria 	análisis de sangre, que pueden ayudar a determinar si son inmunes al parvovirus o si se infectaron recientemente.	<ul style="list-style-type: none"> Criterios clínicos (fiebre ≥ 5 días y hallazgos característicos en el examen físico) ECG y ecocardiografía seriados Pruebas para descartar otros trastornos: hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, albúmina, enzimas hepáticas, cultivos de garganta y de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax 		cultivo de virus o un análisis de sangre
Tratamiento	Nafcilina, 25 mg/kg/dosis cada 12 horas para los recién nacidos < 2 kg, 25 mg/kg/dosis cada 8 horas para los recién nacidos > 2 kg, y 25 a 50 mg/kg/dosis cada 6 horas (dosis diaria máxima 12 g por día) para niños mayores hasta que se observe mejoría, seguida de cloxacilina oral 12,5 mg/kg cada 6 horas (para lactantes y niños pesaje ≤ 20 kg) y 250 a 500 mg cada 6 horas (para niños mayores)	Antibióticos	<ul style="list-style-type: none"> Inmunoglobulina IV (IGIV) en alta dosis Aspirina en alta dosis inmunoglobulina intravenosa (IVIG) en alta dosis (dosis única de 2 g/kg administrados en 10-12 horas) y aspirina en alta dosis por vía oral, 20-25 mg/kg 4 veces al día 	No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión. nutrición, una ingesta suficiente de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con las soluciones de rehidratación oral recomendadas por la OMS	Vacuna (prevención)