



Mi Universidad



Julián Santiago Lopez

Dr. Ricardo de Jesús Aguilar Felipe

**Cuadro comparativo enfermedades
exantemáticas agudas**

Clínica Pediátrica

PASIÓN POR EDUCAR

Séptimo Semestre Grupo "B"

Facultad de Medicina Campus Comitán

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de Septiembre del 2023

<i>Definición</i>	<i>Etiología</i>	<i>Epidemiología</i>	<i>Tiempo de incubación</i>	<i>Vía de contagio</i>	<i>Cuadro clínico</i>	<i>Tipo y localización de adenopatías</i>	<i>Tipo y localización de exantema</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>tratamiento</i>
Staphylococemia									
Según la GPC mexicana se definen como infecciones primarias de la piel que por lo general aparecen de manera secundaria a una lesión de la epidermis.	Staphylococcus aureus	Afecta principalmente a niños de 2 a 5 años, pero en realidad puede afectar a individuos de cualquier edad. casi siempre afecta a niños < 6 años (sobre todo a lactantes), Pueden ocurrir epidemias en guarderías	De 4 a 10 días y el contagio puede existir mientras persistan las lesiones	Según la GPC mexicana su transmisión ocurre generalmente por contacto directo sobre las lesiones o diseminación de partículas gruesas a una distancia de aproximada de 1.8m.	Puede presentar fiebre, mal estado general o irritabilidad por dolor conjuntivitis, edema facial, descamación periorificial.	No presenta adenopatías, no es característico de la enfermedad	Exantema eritematoso maculopapular, vesicular, en cara, las axilas y la ingle, aunque puede afectar a toda la superficie corporal.	Se basa en la sospecha clínicas, Biopsia de las lesiones y Cultivos de la conjuntiva, la nasofaringe, sangre, orina y áreas de posible infección primaria, como el ombligo en un recién nacido o lesiones cutáneas sospechosas.	Se administra 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. 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).

<i>Definición</i>	<i>Etiología</i>	<i>Epidemiología</i>	<i>Tiempo de incubación</i>	<i>Vía de contagio</i>	<i>Cuadro clínico</i>	<i>Tipo y localización de adenopatías</i>	<i>Tipo y localización de exantema</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>tratamiento</i>
Eritema infeccioso									
<i>Según la GPC mexicana es una enfermedad exantemática causada por el parvovirus B19. El eritema infeccioso también se conoce como quinta enfermedad y ocupa el quinto lugar en la lista histórica de enfermedades infecciosas infantiles que causan erupciones cutáneas.</i>	parvovirus humano B19 es un virus de hospedero humano perteneciente a la familia Parvoviridae, fue descubierto accidentalmente en 1974. Nombre científico: Primate erythroparvovirus 1 Familia: Parvoviridae Especie: B19 virus Grupo: II (Virus ADN monocatenario)	La primoinfección ocurre más frecuentemente entre los cinco y 15 años (70%); tan sólo un 10% de los casos tiene lugar en edades inferiores y un 20% en superiores. La prevalencia aumenta desde el 2-10% en menores de cinco años hasta el 40-60% en los adultos, superando el 90% en los ancianos.	la infección por parvovirus B19 es de 4 a 14 días.	a través de la exposición a partículas de secreciones nasales y de la garganta de personas infectadas, transportadas en el aire.	Enrojecimiento de mejillas. Exantema en tronco y extremidades. Malestar general. Dolor e inflamación articular.	No presenta, no es característico de la n	exantema simétrico, que es más notorio en los brazos, las piernas (a menudo las superficies extensoras) y el tronco, y que suele respetar las palmas y las plantas. El exantema es maculopapuloso, forma patrones reticulares o tipo de encaje de áreas manchadas y ligeramente sobreelevadas, con región central clara, que suele ser más prominente en las zonas expuestas	Clínica + deben indicarse pruebas virales y hemograma completo los niños con hemoglobinopatía o inmunodeficiencia documentada deben solicitarse una carga viral y/o prueba de anticuerpos además de hemograma completo y recuento de reticulocitos para detectar una supresión de la hematopoyesis.	de sostén Solo se requiere tratamiento sintomático del eritema infeccioso. inmunoglobulina estándar IV a 400mg/kg/día por 5 a 10 días para limitar la viremia y aumentar la eritropoyesis en pacientes inmunosuprimidos con aplasia eritrocítica pura.

<i>Definición</i>	<i>Etiología</i>	<i>Epidemiología</i>	<i>Tiempo de incubación</i>	<i>Vía de contagio</i>	<i>Cuadro clínico</i>	<i>Tipo y localización de adenopatías</i>	<i>Tipo y localización de exantema</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>tratamiento</i>
Enfermedad de Kawasaki									
Según la GPC mexicana es una vasculitis multisistémica, aguda, autolimitada que afecta vasos de mediano calibre y particularmente arterias coronarias.	Aún no se conoce la causa. Se sospecha que existe activación del sistema inmunológico secundario a una infección en un huésped genéticamente susceptible o presente después de una infección viral o bacteriana.	Afectando principalmente a niños de entre 6 y 11 meses. Pero principalmente en menores de 5 años. Es más prevalente en países asiáticos, el 85% de los casos sucede en menores de 5 años, con máxima incidencia entre los 18 y 24 meses de vida.	Ya que se desconoce el agente causal específico de la enfermedad aún no se establece el periodo de incubación para el establecimiento de signos y síntomas después del contacto con el patógeno.	No parece transmitirse de persona a persona. Se establece por el conjunto de predisponentes ambientales y el estado del sistema inmunológico del paciente.	Fiebre por ≥ 5 días, Conjuntivitis bulbar, bilateral, no exudativa Cambios orofaríngeos como: Eritema difuso en mucosa orofaríngea, Eritema o fisuras en los labios, Cambios periféricos en extremidades, Eritema o edema en palmas o plantas, Descamación periungueal en fase o subaguda	Adenopatía cervical (≥ 1.5 cm de diámetro, unilateral).	Exantema polimorfo y puede ser maculopapuloso, escarlatiniforme o multiforme. Comienza frecuentemente en superficies extensoras de los miembros, para después extenderse por el tronco.	Clínico: presencia de Fiebre persistente por 5 días o más, Presencia de cuatro o más de los siguientes cinco criterios principales: Cambios en extremidades: En las primeras dos semanas: eritema en palmas y plantas, y edema de manos y pies Después de la segunda semana: descamación periungueal. • Exantema polimorfo. • Hiperemia conjuntival bulbar bilateral sin exudado. • Cambios en labios y cavidad oral: labios eritematosos y agrietados, lengua en frambuesa, hiperemia difusa de la mucosa oral y faríngea. • Linfadenopatía cervical mayor de 1.5 cm de diámetro, habitualmente unilateral. C. Exclusión de otras enfermedades con características similares	IGIV a dosis de 2gr/kg al realizarse el diagnóstico y preferentemente antes de los 10 días del padecimiento. Administrar IGIV en infusión continua durante un período de 12 a 24 horas

<i>Definición</i>	<i>Etiología</i>	<i>Epidemiología</i>	<i>Tiempo de incubación</i>	<i>Vía de contagio</i>	<i>Cuadro clínico</i>	<i>Tipo y localización de adenopatías</i>	<i>Tipo y localización de exantema</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>tratamiento</i>
Sarampión									
Según la GPC mexicana es una enfermedad febril exantemática (EFE) aguda muy contagiosa, producida por el virus del sarampión, caracterizada por un período prodrómico febril con manifestaciones respiratorias y un exantema específico, seguidas de una erupción maculopapulosa generalizada.	El Sarampión es causado por el virus del sarampión que pertenece a la familia Paramyxoviridae y al género Morbillivirus	En México se está produciendo un brote epidémico de sarampión. Entre el 1 de enero y el 2 de abril de 2020 se notificaron 1364 casos probables de sarampión, de los cuales 124 se confirmaron por laboratorio, 991 dieron negativo para la enfermedad y 328 siguen siendo objeto de estudio. Se confirmó sarampión en pacientes con edades que van desde los tres meses hasta los 68 años, 59 % del total son varones.	-Los síntomas del sarampión aparecen de 7 a 14 días después de tener contacto con el virus. -El sarpullido del sarampión aparece de 3 a 5 días después de los primeros síntomas.	es muy contagioso y se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas. El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.	primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas, fatiga o pérdida de apetito, manchas de koplik o sensibilidad a la luz.	Adenopatía Retroauricular	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. 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	Clínico: Eritema conjuntival, Edema palpebral, Líneas de Stimson, Manchas de Koplik, Manchas de Herman y Exantema. Laboratorial: tomar una muestra de sangre venosa para la detección de anticuerpos Ig M específicos del virus del sarampión. Diferencial: Rubeola, Escarlatina.	administración de vitamina A de acuerdo a las dosis recomendadas por la OMS. - ofrecer un aporte adecuado de líquidos y nutrientes. - No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión. -Administrar antibióticos solo en caso de enfermedades concomitantes.

Definición	Etiología	Epidemiología	Tiempo de incubación	Vía de contagio	Cuadro clínico	Tipo y localización de adenopatías	Tipo y localización de exantema	Diagnostico	tratamiento
Rubeola									
Según la GPC mexicana es <i>una</i> enfermedad infectocontagiosa de origen viral causada por un togavirus del género Rubivirus, se caracteriza por una leve erupción maculopapular la cual solo la presentan aproximadamente el 50% de los infectados.	causada por el virus de la rubeola, un virus de ARN perteneciente al género Rubivirus de la familia Togaviridae.	La rubéola es de distribución mundial, pero su incidencia real es desconocida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró a México "Libre de rubéola y del Síndrome de la rubéola congénita", como resultado de la aplicación constante, durante 15 años de vacunación contra esta enfermedad. En México mayor incidencia en menores de 1 año y en primavera.	El tiempo de incubación varía de 12 a 23 días, el periodo infeccioso de la rubéola comprende desde 7 días previos a la erupción, hasta 5 - 7 días después de la aparición de las lesiones en piel, el momento más infeccioso es durante la erupción cutánea.	Se transmite entre personas a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas (pañuelos, vasos o manos). Además, si una mujer contrae la rubéola mientras está embarazada, puede transmitírsela a su bebé en gestación y causarle daños graves.	Pueden experimentar de 1-5 días pródromos como: fiebre leve, dolor de cabeza, malestar general, coriza, conjuntivitis y adenopatía retroauricular. puede empezar con uno o dos días de febrícula (entre 37.2 y 37.8° C), erupción cutánea que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo en sentido descendente.	Adenopatía Retroauricular	Exantema maculopapular con distribución cefalocaudal con duración de 4 a 7 días, exantema de color rosa o rojo claro que se agrupan formando áreas de color uniforme.	Se estima que el 80% de los casos de rubéola son diagnosticados como sarampión o escarlatina y no como rubéola. Laboratoriales: Aislamiento del virus de la rubéola, técnicas inmunoenzimáticas para determinación de anticuerpos, determinación de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), exudado faríngeo. Diferencial: Sarampión, Escarlatina, varicela, Dengue.	Según la GPC mexicana no se requiere ninguno medicamento, la enfermedad generalmente es benigna. Medidas generales: mantener aislamiento para evitar contagio, Si hay fiebre control con medios físicos, Alimentación habitual, Baño diario con agua tibia no tallar la piel.

(Mexico, Actualizacion 2017) (Instituto Mexicano del Seguro Social) (Salud, 2021)

Referencias

Instituto Mexicano del Seguro Social, G. d. (s.f.). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico con Sarampión Guia de Practica Clinica . *Guia de Practica Clinica de Referencia Rapida* , 16. recuperado de:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/109GRR.pdf>

Mexico, I. M. (Actualizacion 2017). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rubéola en el Primer Nivel de Atención Guia de Practica Clinica . *Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-138-08 GPC de Referencia Rapida*, 11. recuperado de:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/138GRR.pdf>

Salud, O. M. (2021). Sarampion . *Sitio Web Mundial de la OMS*, 12. recuperado de:
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles?gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwnjm6k_BwdDH-f2eSioZRbb7YiUI_ewloMZ6V3h70OwipCDIA_a_KBoCPxAQAvD_BwE

Guia de practica clinica. 2015. Diagnóstico y Tratamiento de la ENFERMEDAD DE KAWASAKI en el primero, segundo y tercer nivel de atención.(Síndrome Mucocutáneo Linfonodular). Instituto Mexicano del seguro social coordinación de unidades médicas de alta especialidad. Recuperado de:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/395GER.pdf&ved=2ahUKEwjYzMjlgK6BAxXQIQIHQKIDw0QFnoECAwQAQ&usg=AOvVaw0Lifn8iqrezZU2ZiMfsejD>

Instituto mexicano del seguro social. 2011. Diagnóstico diferencial de los Exantemas Infecciosos en la Infancia. Estafilococcemia.Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-588-12. Recuperado de:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/588GER.pdf&ved=2ahUKEwjPhIfGgK6BAxVhJ0QIHTRqCN8QFnoECAgQAQ&usg=AOvVaw1Pse8-MkoMWdPo8LPRSf0p>

Judith Sánchez-Manubens. 2020. Enfermedad de Kawasaki. Unidad de Reumatología Pediátrica. Recuperado de
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf&ved=2ahUKEwjYzMjlgK6BAxXQIQIHQ...