



Universidad del sureste
Campus Comitan
Licenciatura en medicina humana

Materia:
Clínica de pediatría

Nombre del trabajo
Enfermedades exantemáticas y respiratorias

Alumno:
Óscar Manuel Moreno Maza

Grupo
A

Grado
7

Docente:
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Comitan de Dominguez a 18 de septiembre de 2024

Sarampión



Enfermedad **exantemática** aguda, caracterizada por un periodo **prodromico** febril con manifestaciones respiratorias y exantema específico, seguidas de unas **erupciones maculopapulares**.

Etiología:

Paramyxovirus (virus ARN)

Contagio:

Gotitas de **Flügge**

Incubación:

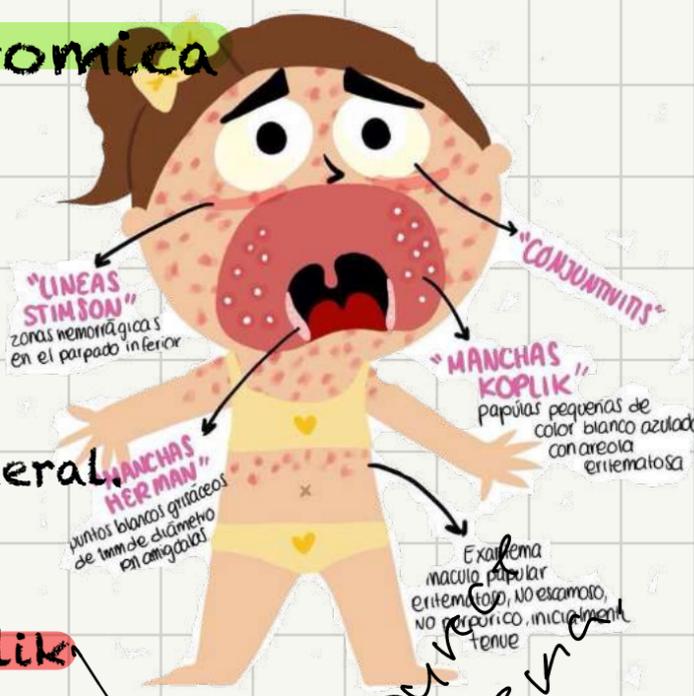
10-12 días

Epidemiología:

Máximo contagio (fase prodromica), antes de la aparición del exantema

Fase prodromica

3-5 días



Exantema retroauricular

Fiebre
Mal estado general
Tos seca
Conjuntivitis
Mancha de Koplik

Diagnóstico

Clínico

Serología específica
IgM
IgG

Inmunizaciones

Vacuna triple viral (SRP)
12 meses, 18 meses, 6 años

Contraindicaciones

Anafilaxia (neomicina) o una anterior
Hipersensibilidad grave
Fiebre
Embarazadas (3m antes)

Recomienda

Alérgicos al huevo
Niños contacto embarazadas
LM
Enfermedades agudas

Prevención

Prevención pasiva

Gammaglobulina anti sarampión (5 pos)

Prevención activa

SRP

Tratamiento

Vitamina A 2 dosis
200,000UI
complicación
neumonía

SRP - Triple viral

Presentación: Virus atenuados en cultivos celulares o embriones de pollo contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

Epidemiología:

- Objetivos: Prevenir neumonía, encefalitis diseminada, panencefalitis esclerosante, rubéola congénita y paperas.
- Puede presentar exantema 7-10 días después de la vacunación.

Indicaciones:

- Se aplicarán 2 dosis vía subcutánea: La primera dosis al cumplir 12 meses y la segunda dosis a los 18 meses de edad para el esquema 2022. Para vacunaciones de primer dosis antes de 2022 aplicar segunda dosis hasta 6 años.
- Aplicar 2 dosis de SRP con intervalo de 4 semanas a personas < 10 años sin ninguna vacunación. Aplicar 1 dosis si tiene 1 dosis previa (no se aplica refuerzo).
- > 10 años únicamente se aplica la doble viral (SR)

Aplicaciones: Vía Subcutánea 45° grados en región tricipital de brazo delimitado izquierdo.

Contraindicaciones:

- Fiebre > 38.5°C
- Hematooncológicas (quimio y radioterapia).
- Reacción anafiláctica al huevo y neomicina
- Tratamiento con corticosteroides.
- Personas transfundidas.

antecedente de dermatitis de contacto a la neomicina no es contraindicación para recibir la vacuna.

Esquema	Número de dosis	dosis	Vía	Sitio
10 años o más, sin esquema previo (no documentado)	2 dosis con intervalos mínimos de 4 semanas	0.5 ml	Subcutánea	Brazo izquierdo del brazo izquierdo
10 años o más, con una dosis previa de vacuna doble o triple viral	Una dosis	0.5 ml	Subcutánea	Brazo izquierdo del brazo izquierdo

Control de Sarampión

Niños entre 6-11 meses: Aplicar 1 dosis de SRP 14 días antes sin importar su esquema de vacunación.

Niños de 1-10 años (SRP) y > 10 años (SR):

- No requieren vacunación antes de viajar si tienen esquema completo.
- Esquema incompleto (pendiente 1): Aplicar 1 dosis.
- Sin vacunas previas: Aplicar 2 dosis (depende de la edad SRP o SR)

Brotes de Sarampión

Se visitará el 100% de las viviendas en las localidades menores de 2,500 habitantes; en las localidades urbanas de más de 2,500 habitantes se visitarán las viviendas en un área de 25 manzanas alrededor del domicilio del caso probable o dependiendo de la situación epidemiológica del caso.

Durante la visita a cada vivienda es necesario censar a toda la población menor de 40 años e investigar el antecedente vacunal, cuando el antecedente sea negativo se aplicará la vacuna de la siguiente manera:

< 6 meses	No aplicar vacuna
6-11 meses	Aplicar vacuna si son contactos de caso confirmado. Se considera dosis 0 y se iniciará el esquema a los 12 meses
1-9 años	Según de acuerdo a esquema de vacunación
Adultos	Aplicar SR a adultos a menos que sean contactos de caso confirmado y ser menores de 40 años.

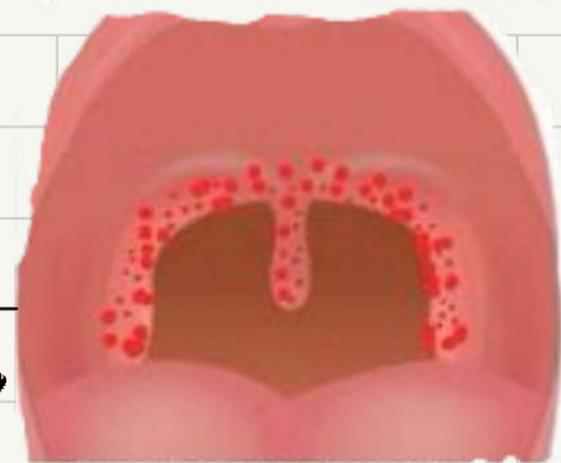
Viajes a zonas endémicas

Antes de viajar internacionalmente, a zonas donde existen casos de Sarampión, consultar la Cartilla Vacunas del Estado de todos los países que visitará, para verificar el estatus de vacunación, el estatus de la vacuna contra el sarampión, recibir un primer dosis de SRP o SR, o una dosis de refuerzo en caso de haber estado vacunado en los últimos 14 días antes de viajar.

<https://www.anh.mx/APV-Sarampión-Europa2019.pdf>

Roseola

Sexta enfermedad



Manchas de Nagayama

Etiología

VHT 6

Raro 7

Secreciones respiratorias.

Epidemiología

Niños hasta los 3 años

Contagioso en fase febril y una semana previa

Clínica

2 fases

Fase febril: 3 días

Fiebre alta sin focalidad y buen estado general

Fase exantemática: 24 h.

Afebril y aparecen un exantema maculopapuloso

manchas de nagayama

Diagnostico

Clínico

Fiebre alta desaparece y aparece el exantema (cuello a extremidades)

Hemograma: con leucocitosis a expensas de neutrofilos (24-36h)
Leucopenia con neutropenia (>48h)

Sospecha:

Lactantes o preescolares con fiebre elevada y crisis convulsiva

Complicaciones:

Crisis convulsiva

Encefalitis *↳ Diacepam*

Tratamiento

Sintomático

Acetaminofen *↳ Rectal*

dosis pedía: 10-15mg

Tylenon:

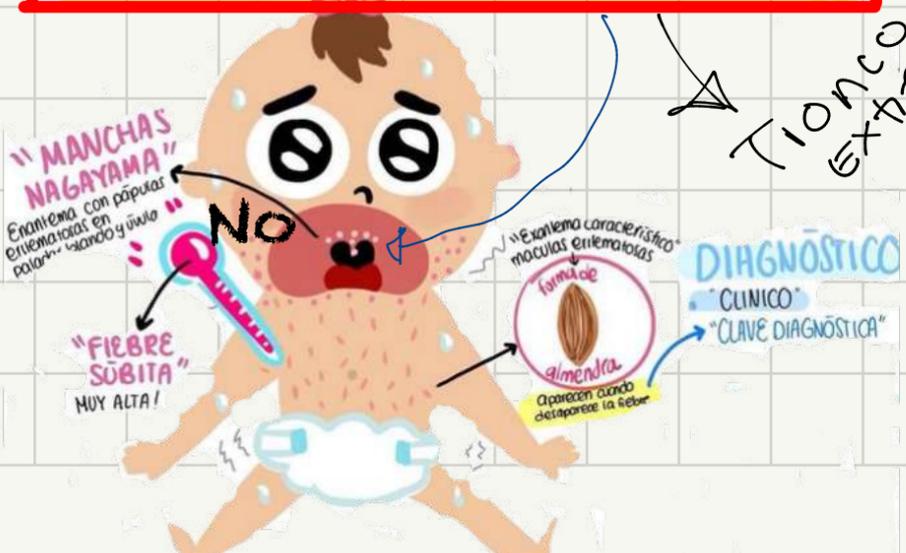
0-2 100mg/ml

2-12 100mg/3.2ml

Motrin (IBU) 5-10mg

6-24m: 40mg/1ml

2-12 años: 100mg/2ml



Torno extremidades

Rubéola

Etiología

Virus ARN **Togaviridae**

Epidemiología

Niños <1 año a 4 años

Transmisión

primeros 7 días y 7-8 días después del exantema

Periodo de incubación

14-21 días

Prodromos

1-2 días cuadro catarral leve, fiebre baja, conjuntivitis

Exantema

3 días Morbiliforme y confluyente en la cara,

Complicaciones

Artritis

Encefalitis

Púrpura

Diagnostico

Clínico

Serología o aislamiento



Clave diagnóstica

cuadro catarral con adenopatias retroauriculare, seguido de exantema, con buen estado general

Prevención y tratamiento general

Profilaxis pasiva

Inmunoglobulina serica

Profilaxis activa

Triple viral

Tratamiento

Sintomatico

SRP - Triple viral

Presentación
Virus atenuados en cultivos celulares o embriones de pollo contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

Epidemiología
• Objetivos: Prevenir neumonía, encefalitis diseminada, panencefalitis esclerosante, rubéola congénita y paperas.
• Puede presentar exantema 7-10 días después de la vacunación.

Aplicaciones
Via Subcutánea 45° grados en región tricipital de brazo deltoides izquierdo.

Contraindicaciones
• Fiebre > 38.5°C
• Hematooncológicas (quimio y radioterapia).
• Reacción anafiláctica al huevo y neomicina
• Tratamiento con corticosteroides.
• Personas transfundidos.

antecedente de dermatitis de contacto a la neomicina no es contraindicación para recibir la vacuna).

Indicaciones
a) Se aplicarán 2 dosis vía subcutánea: La primera dosis al cumplir 12 meses y la segunda dosis a los 18 meses de edad para el esquema 2022. Para vacunaciones de primer dosis antes de 2022 aplicar segunda dosis hasta 6 años.
b) Aplicar 2 dosis de SRP con intervalo de 4 semanas a personas < 10 años sin ninguna vacunación. Aplicar 1 dosis si tiene 1 dosis previa (no se aplica refuerzo).
c) > 10 años únicamente se aplica la doble viral (SR)

No. Dosis/edad	Dosis	Vía	Sitio
1ª dosis 12 meses de edad	0.5 mL	Subcutánea	Según dictamen del brazo izquierdo.
2ª dosis** 18 meses o al ingresar a primer grado de primaria	0.5 mL	Subcutánea	Según dictamen del brazo izquierdo.

Cuadro 9.8.1 Esquema de vacunación con SRP

Esquema	Número de dosis	dosis	Vía	Sitio
10 años o más, sin esquema previo (no documentado).	2 dosis con intervalo mínimo de 4 semanas.	0.5 mL	Subcutánea	Según dictamen del brazo izquierdo.
> 10 años o más, con una dosis previa de vacuna doble o triple viral.	Una dosis.	0.5 mL	Subcutánea	Según dictamen del brazo izquierdo.

Eritema infeccioso

Etiología:

Parvovirus 19

6-19 años, también geriátricos

Inhalación de aerosoles, TS y vertical

Periodo de incubación
4-21 días

Periodo de contagio
6-11 días previos al exantema

Exantema 3 etapas

fase inicial

Signo de la abofetada

segunda fase

Aparición de exantema maculopapular eritematoso en el tronco y extremidades

Fase tres

Más característica, aclaramiento central de las lesiones dándole un aspecto de encaje

Signo de la abofetada



Diagnóstico

Clínica

Serología

PCR

Clave

diagnóstica

Eritema de bofetón seguido de exantema en encaje

Tratamiento

No hay tratamiento solo tratamiento sintomático

Tylenol 10-15mg

0-2 años: 100mg/ml

2-12 años: 100mg/3.2ml.

Motrin 5-10mg

6m-2 años: 40mg/1ml

2-12 años : 100mg/2ml

Enfermedad de Kawasaki

Etiología:

Vasculitis sistémica

Epidemiología

Varones, menores de 5 años.

causa más común de cardiopatía adquirida

Clínica

Fiebre alta (5 días)

Aguda

10-14 días hay fiebre
Leucocitosis con expensas de neutrofilos
Trombocitosis

Subaguda

Cede fiebre, desaparecen otros hallazgos.

Convalecencia

Normalización de laboratoriales

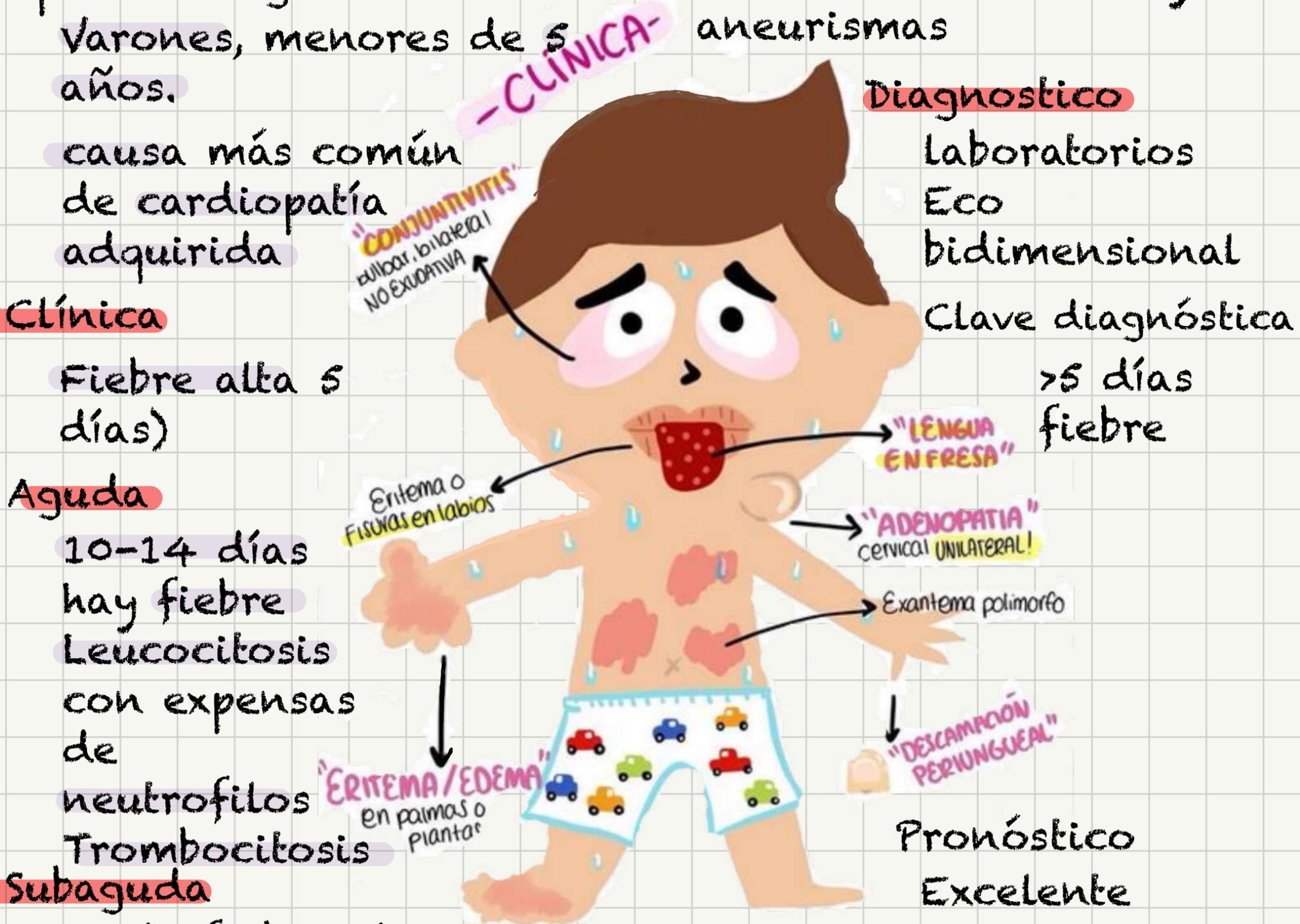
Complicaciones

Afectación cardiaca, vasculitis coronaria y aneurismas

Diagnostico

Laboratorios
Eco bidimensional

Clave diagnóstica >5 días fiebre



Pronóstico Excelente

Tratamiento

Gamaglobulina Iv
Salicilatos
Corticoides

Escarlatina

Etiología

S. Pyogenes

Epidemiología

3-15 años

Contagiosidad
se da en la
fase aguda

Transmisión

Contacto
directo
con
secreción
es de
nariz,
garganta,
piel

Periodo de
incubación.

1-7 días

Prodromos

24-48h

Inicio brusco,
fiebre alta, cefalea,
escalofrío, vómito y
aspecto de
enfermedad grave

Diagnostico

Clínico

Laboratoriales

Exudado

faringeo

Clave diagnóstica

Inicio

faringoamigdalitis
bacteriana,
exantema palpable
al 2-3 día

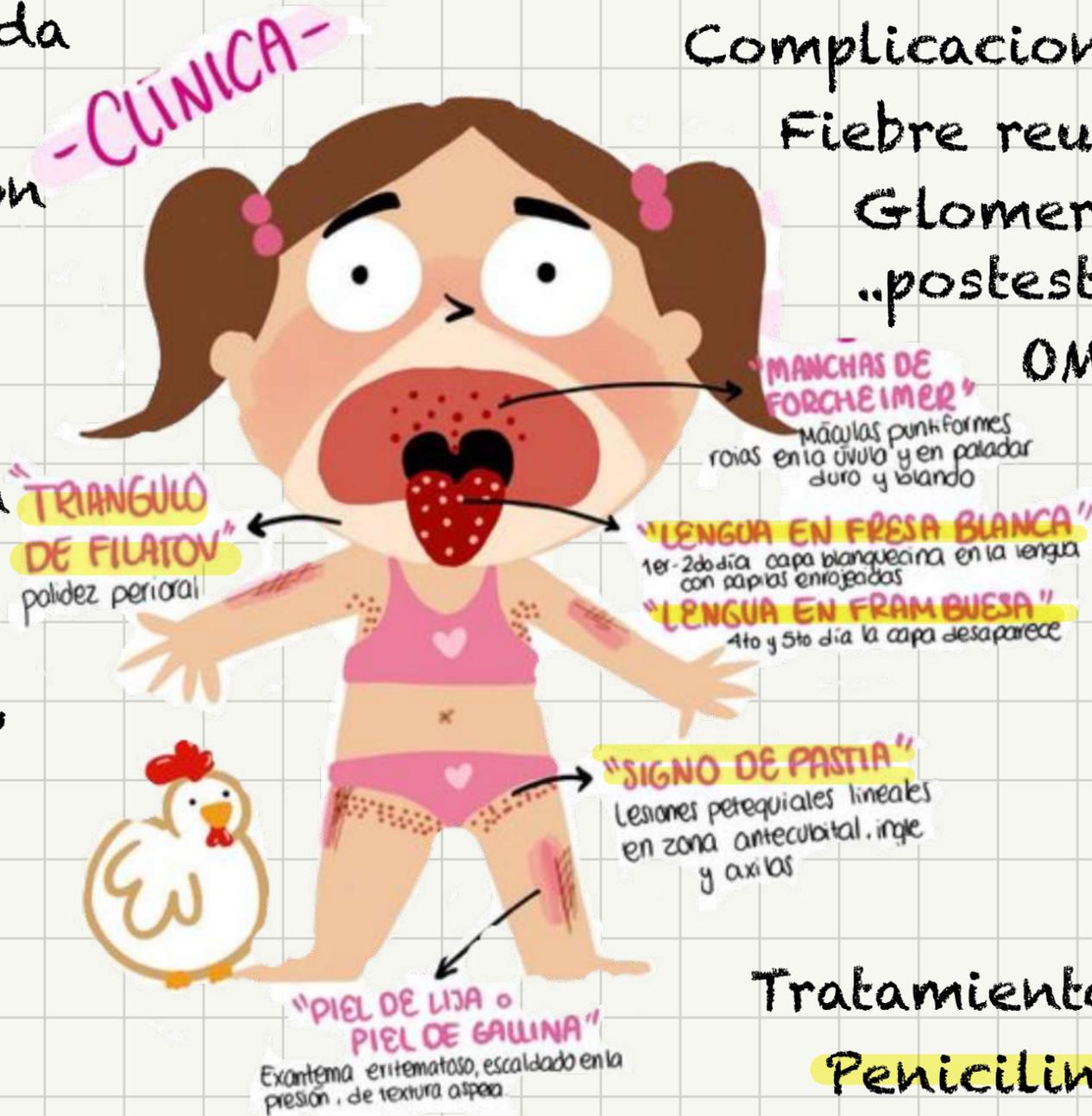
Complicaciones

Fiebre reumática

Glomerulonefritis
„postestreptococica

OMA

Sinusitis



Tratamiento

Penicilina 10 días

Penicilina

benzatinica 1 dosis

Cefalexina.

Clindamicina

Macrolidos
(alérgicos
penicilinas)

Varicela

Agente etiológico

Varicela zoster

Epidemiología

Incidencia en menores de 1 año y de 1-3 años

90% de los casos niños menores de 10 años

Transmisión

Contacto directo

Con secreciones respiratorias o lesiones dérmicas

Periodo de incubación

10-21 días

1-2 días antes del exantema ya fiebre, malestar general, cefalea, anorexia y dolor abdominal

Exantema

Cefalocaudal
Maculopapular pruriginoso

Vesícula en forma de gotas de agua

Costras

Desprenden dejando una mancha hipocromica

Diagnostico

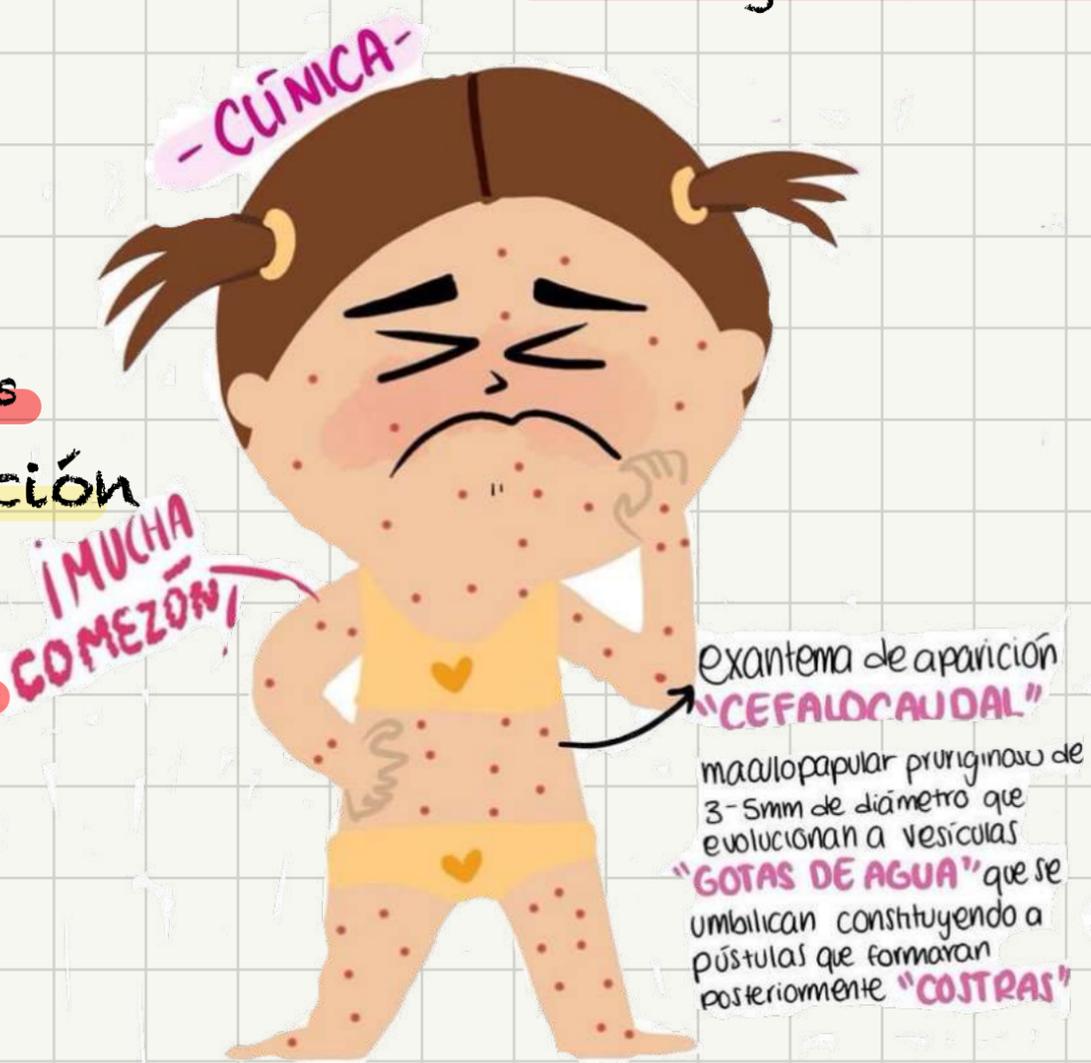
Clínico

Embarazadas PCR
Pruebas serológicas

Tratamiento

Vacunación 12-18

Px riesgo a infección inmunoglobulina VZV



Edad	Vacuna
Al nacer	BCG, Hepatitis B
2 meses	Hexavalente, Rotavirus RV2, Neumococia
4 meses	Hexavalente, Rotavirus RV2, Neumococia
6 meses	Influenza, Hexavalente
7 meses	Influenza
12 meses	SIP, Hepatitis A, Varicela, Neumococia
18 meses	SIP, Hexavalente
4 años	DPT, Varicela
6 años	SIP
11 años	VPH

Esquema	Edad	Dosis	Via	Sitio
1ª dosis	12 meses	0.5 mL	SC	Región deltoides o tricipital del brazo izquierdo.
2ª dosis	4-6 años	0.5 mL	SC	Región deltoides o tricipital del brazo izquierdo.

Toxoplasmosis



Agente causal

Toxoplasma gondii

Etiología

Carne poco cocida

Heces de gato

Madre-bebé

Asintomática

Transmisión

cuando la madre se **infecta** en el **embarazo**

Diagnostico

Serologia

Fondoscopia

RM

Calcificaciones difusas

Tratamiento

Pirimetamina y

sulfadiazina más

leucovorina

Espiramicina

embarazadas



Riesgo de general
lesiones

Primeras semanas alto

>26 SDG bajo

Clínica

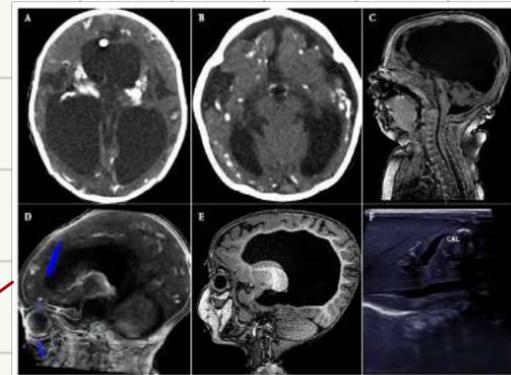
Cabezón (hidrocefalia)

Convulsiones

Calcificaciones difusas

Corioretinitis (necrosis

macular)



Sífilis

Agente causal

Treponema Pallidum
Transplacentaria
De madre con sífilis, no
tratada o
inadecuadamente
tratada

Clínica

Primaria

Chancro blando indoloro

Secundaria

Exantema sistémico

Última

Neurosifilis

Triada precoz

Penfigo

Rinitis

Hepatoesplenomegalia

Triada tardía

Hutchinson

Sordera

Queratitis

Alteración dentaria

Diagnostico serologico

Realizar toda embarazada

VDRL/RPR cuantitativo

Pruebas treponemicas

FTA-ABS/TP-PA

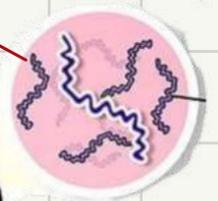
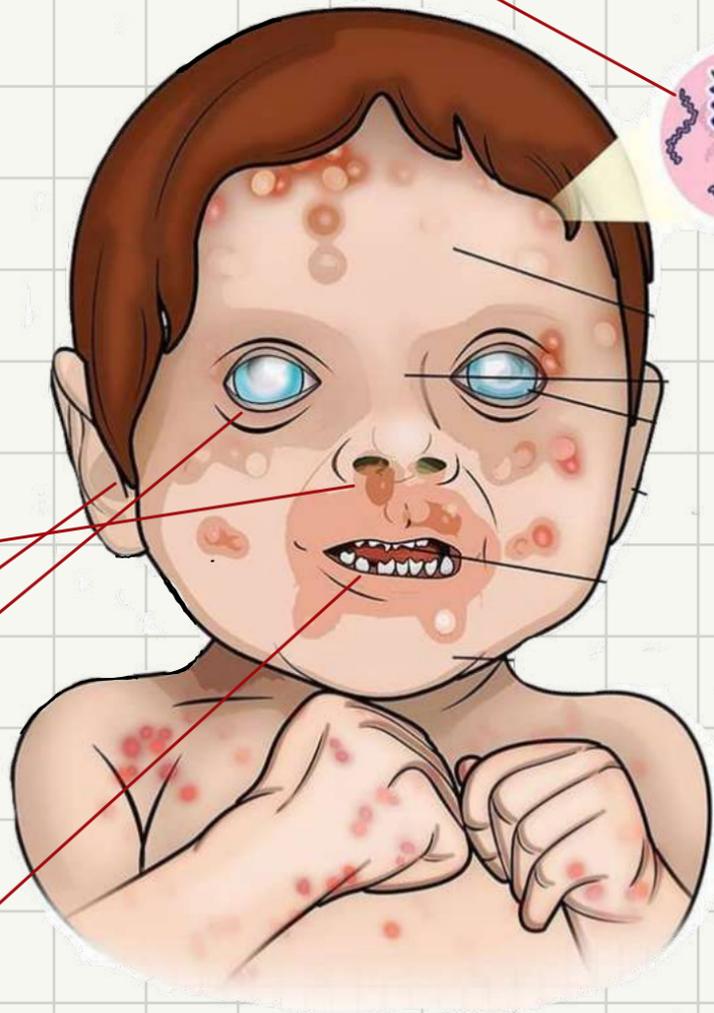
Casos probables

Mal tratamiento/ hijo de
madre c/sifilis

VDRL: >1:32

Casos confirmados

Espiroqueta a microscopio



Espinilla en sable: tibia con
convexidad anterior marcada

Tratamiento

Confirmado

Penicilina +14 días +
valoración neurologica
(200,000-300,000 UI/Kg)

Probable

Penicilina 14 días
(50,000/Kg/12h)

Madre tratada

1,200,000 UI/ única
dosis



Agente causal

Togaviridae



Síndrome

100% de inmunidad con la SRP (12-18)

Primer trimestre

Síndrome por rubéola

Tercer trimestre

Infección por rubéola congénita

Mayor riesgo a malformaciones

Primeras 11 SDG



Semanas de corte

20 SDG sordera

Triada de gregg

Sordera neurosensorial

Cardiopatía congénita

Catarata

Diagnostico

Serología

IgM al nacer

IgG >8m

Cultivo viral

Orina, sangre, naso

PCR o LCR

Tratamiento

Derivación



Citomegalovirus

Principal causa de hipoacusia neuro-sensorial

Agente causal

Familia herpes viridae

Etiopatigenia

Placentaria

Parto

Leche materna

Primer trimestre

-FCTE

+Grave

Tercer trimestre

+FCTE

-Grave

Síntomas más FCTE

Calcificaciones periventriculares

Microcefalia

Coriorretinitis



Tratamiento

Ganciclovir 6mg/kg/dosis/12h por 6 semanas

Valganciclovir 16mg/kg/dosis/12h por 6 semanas



Herpes simple

Agente causal

VHT 1 y 2

Latente en el ganglio
Infección durante el parto

Primoinfección materna



Clínica

Local

Exantema vesiculoso
Cataratas/corioretinitis



Diagnostico

Aislamiento de VHSO o cultivo viral
Raspado

Tratamiento

Aciclovir



Síndrome pie, mano, boca

Epidemiología

Niños de entre 6-13

Verano y otoño

Agente causal

Virus del Coxsackie A16

Mecanismo de transmisión

Vía fecal-oral

Oral-oral

Incubación

2-14 días

Periodo prodromico

2-4 días

Odinofagia

Dolor abdominal

Anorexia

Fiebre de bajo grado

Exantema

Vesículas ovaladas 2-3mm

Localización dorsal y

lateral a los dedos

Halo eritematoso

Úlceras dolorosas

(paladar, lengua y carrillos)

Desaparece posterior a los

5-10 días de haber salido

Diagnostico

Clínico

Secreciones nasofaringea

Serología viral

Diagnostico diferencial

Virus herpes

Varicela

Enterovirus

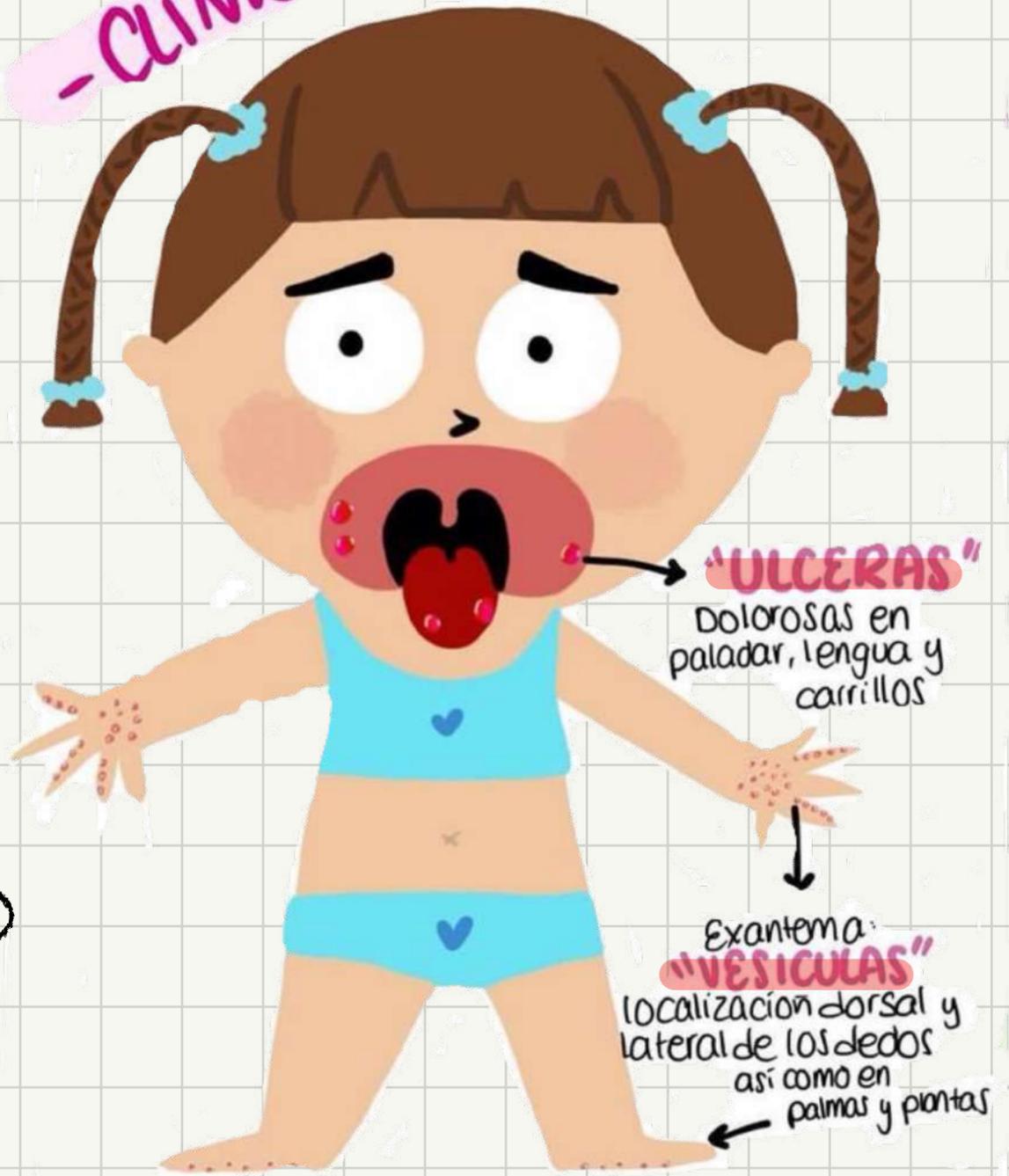
Tratamiento

No hay

Tratamiento

sintomático

-CLÍNICA-



Síndrome de la piel escaldada

Conocida como enfermedad SSSS

Agente causal

Síndrome Staphylococcico

Epidemiología

Recién nacidos y menores de 5 años

Clínica

Inicio

Palidez con marcada sensibilidad de la piel

Eritema difuso

Fiebre

Irritabilidad

SSSS 3 etapas

- 1) Escarlatiforme
- 2) Ampollar
- 3) Descamativa

Piel

Rugosidad tipo lija

Líneas de pastia

Sospecha SSSS

Afectación conjuntival o peribucal

Eritrodermia aguda

Diagnostico

Clínico

Biopsia de tejido y cultivo

Tratamiento

Antibioticoterapia

Tratar como si fueran quemaduras

Emolientes



Bronquiolitis

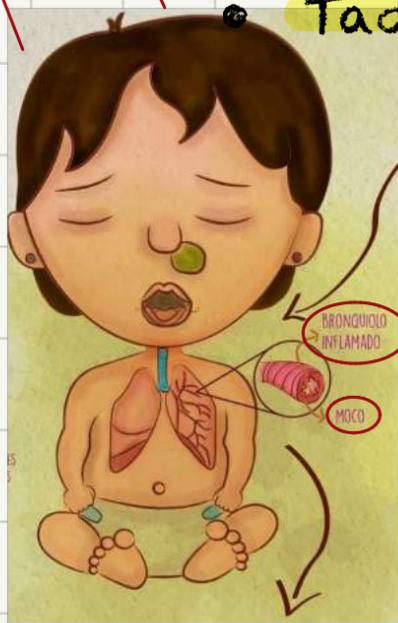
Definición

Es el primer episodio de sibilancias causadas por infecciones virales en niños menores de 2 años

- Causa común de enfermedad y hospitalización en lactantes y niños pequeños
- Ocurre principalmente en otoño e invierno
- La incidencia máxima de hospitalización ocurre entre los 2-6 meses

Manifestaciones clínicas

- Tos.
- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Rinorrea hialina
- Sibilancias y estertores
- Taquipnea



Factores de riesgo

- Prematurez
- Enfermedad pulmonar crónica
- Defectos anatómicos de la vía respiratoria
- Cardiopatía congénita

Diagnóstico

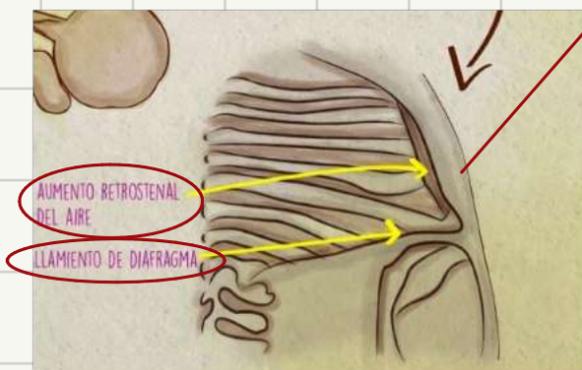
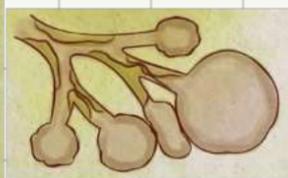
- Cuadro clínico
- Radiografía
- PCR

Tratamiento

- Primer paso: nebulización con solución salina hipertónica.
- si $Sat < 92\%$ oxígeno complementario + adrenalina o salbutamol.

Prevención

- Pavilizumab (15mg/kg Im)
- Lavado de manos
- Evitar exposición al humo del cigarro



Etiología

- El virus sincitial respiratorio es el agente causal más frecuente (casi 80% de los casos)
- Otros agentes causales menos comunes son: Rinovirus, metapneumovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza

Escala usada

- Wood-Downes

CRUP

La laringotraqueitis es una enfermedad respiratoria aguda, de inicio súbito, de presentación en edad pediátrica.

Epidemiología

Niños de 6m-3 años

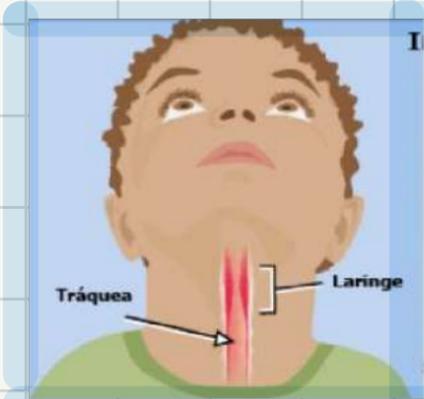
Etiología

Viral

- Parainfluenza tipo 1
- VSR
- Adenovirus

Bacteriana

- Mycoplasma pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- S. Aureus
- S. Pneumoniae



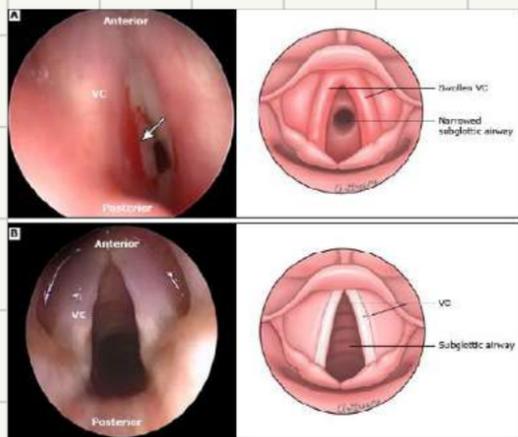
Evaluación

1. Presencia de estridor en reposo
2. signos vitales
3. Oximetría de pulso
4. Estabilidad de la VR
5. Estado mental

- Niños con dificultad respiratoria grave
- 1. Tratamiento inmediato (epinefrina nebulizada y corticosteroides sistémicos)

Patogenia

Se presenta como un estrechamiento de la vía aérea subglótica



Escalas

	0	1	2	3
Estridor	No	Leve	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Leve disminución	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracciones	No	Escasas	Moderadas	Intensas
Conciencia	Normal	Agitado si se le molesta	Ansioso y agitado en reposo	Letargia

Leve: <5; leve-moderado: 5-7; moderado: 7-8; grave: >8.

Indicador de gravedad	Puntuación
Estridor respiratorio:	
- Ninguno	0
- En reposo, audible con fonendoscopio	1
- En reposo, audible sin fonendoscopio	2
Tiraje:	
- Ausente	0
- Leve	1
- Moderado	2
- Grave	3
Ventilación (entrada de aire):	
- Normal	0
- Disminuida	1
- Muy disminuida	2
Cianosis:	
- Ausente	0
- Con la agitación	4
- En reposo	5
Nivel de conciencia:	
- Normal	0
- Alterado	5

Leve <3; moderado 3-7; grave >=7.

Insuficiencia respiratoria inminente (puntuación >=12)

Estudio de imagen

Radiografía

- signo de la torre



Diagnostico

Tos perruna y estridor

Presentación clínica

Inicia con secreción nasal, congestión, coriza progresan a:

- Fiebre
- Ronquera
- Tos perruna
- Estridor laríngeo

Tratamiento

Leve

- no hay dificultad respiratoria
- Dexametasona VO (0.15 a .6mg/kg)
- Prednisona VO 1mg/kg dosis única

Moderado a severo

- Epinefrina nebulizada 0.05ml/kg/dosis c/15-20min
- Dexametasona 0.6mg/kg
- Oxígeno suplementario
- Observación durante 3-4 horas

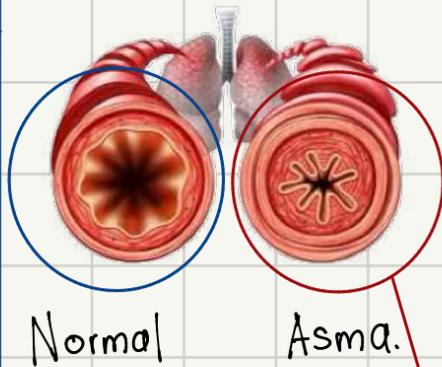
ASMA

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea que se caracteriza por una obstrucción variable y reversible al flujo aéreo

Clasificación

Asma intermitente

- Crisis de disnea breves, menos de una vez a la semana
- Menos de dos crisis nocturna al mes
- Periodo intercrítico asintomático y con función normal $FEV_1 > 80\%$ del teórico
- Incluye el asma por ejercicio



Factores de riesgo

- Sensibilizantes (pelos de animales, ácaros, AINES, polen)
- Atopia
- Precipitantes (ejercicio o tabaco)
- Infecciones (virus)

Fisiopatología

- Disminución del calibre y remodelación de la vía aérea

Asma persistente leve

- Más de una crisis semanal pero menos de una diaria
- Más de dos crisis nocturnas al mes
- Situación basal $FEV_1 > 80\%$ del teórico



Cuadro clínico

- Disnea
- Sibilancias espiratorias
- Tos paroxística
- Opresión

Asma persistente moderado

- Síntomas continuos y más de una crisis nocturna a la semana
- Limitaciones de la actividad y sueño
- Situación basal FEV_1 60-80% del teórico

TIPENARM Neumología

ASMA

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

Clasificación	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MODERADO	PERSISTENTE SEVERO
Síntomas Diurnos	< 2 días/semana	3-6 días/semana	Díarios	Más de una vez/día
Síntomas Nocturnos	< 2 veces/mes	3 veces/mes	1-2 veces/semana	Frecuentes
Exacerbaciones	Ninguna	< 1/año	< 2/año	> 2/año
Limitación de la actividad	Ninguna	Leve	Modorada	Severa
Ti de alivio	< 2 días/semana	< 3 veces a la semana pero no seguidas	Díarios	Más de una vez/día
Función pulmonar (FEV_1 o PEF %)	> 80%	> 80%	60-80%	< 60%

Ilustración de un niño usando un inhalador.

Exploración física

- Pulso paradójico
- Uso de músculos accesorios
- Silencio auscultatorio

Asma persistente severo

- Síntomas continuos
- Exacerbaciones y crisis nocturnas frecuentes y graves
- Situación basal $FEV_1 < 60\%$ del teórico



Diagnostico

Tratamiento

PASO 1	Considerar ICS en dosis bajas	Antagonistas B2 de acción corta (SABA) según las necesidades
PASO 2	ICS en dosis bajas	Antagonista de los receptores de leucotrienos (LTRA). Teofilina en dosis bajas.
PASO 3	ICS en dosis bajas / LABA	ICS en dosis altas. ICS en dosis bajas + LTRA (o + Teofilina).
PASO 4	ICS en dosis intermedias o altas / LABA	Acción de tiotropio o SABA en dosis altas + LTRA (o + Teofilina).
PASO 5	Tratamiento complementario: Tiotropio, Omalizumab, Mepolizumab.	Acción de OCS en dosis bajas. SABA según las necesidades o ICS en dosis bajas / formoterol

• Con la pura clínica