



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

“Mapas conceptuales primera unidad”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

“Clínica de pediatría”

Docente:

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Comitán de Domínguez, Chiapas a 18 de septiembre de 2024.

SARAMPIÓN

ETIOLOGÍA

Virus de sarampión-paramyxovirus (ARN)

OTROS HALLAZGOS

Esplenomegalia ocasional, adenopatías parahiliares (75%) e infiltrados pulmonares (25%)

PREVENCIÓN

Vacunación: Triple viral SRP
• 12-18 meses
• < 10 años dosis 2 dosis SC con intervalo de 1 mes

CLÍNICA

Periodo de incubación: Aproximadamente 10 días

PRODRÓMICO O CATARRAL

Fiebre moderada, tos seca, rinitis y conjuntivitis CON fotofobia
Manchas de Koplik ★
Manchas de Herman

EXANTEMÁTICO

Exantema maculopapuloso, rojo intenso que NO se blanquea a la presión
Inicio: cuello y RA
No respeta palmas y plantas
Se resuelve en 3 días



COMPLICACIONES

• OMA
• Neumonía
• Encefalitis desmielinizante

DX

• IgM- ELISA
• Exudado o muestra de orina

TX

Sintomático y vitamina A (200,000 UI >1a)

RUBÉOLA

CLÍNICA

- Tres periodos
- Manchas de Forsheimer
- Adenopatías RA (Theodore)
- Respeta palmas y manos

INCUBACIÓN

14-21 días

PRODRÓMICO

Fiebre baja o moderada, conjuntivitis sin fotofobia, exantema NO patognomónico

EXANTEMÁTICO

Morbiliforme y confluyente en la cara
Otros: leucopenia, trombocitopenia, linfocitos atípicos



ETIOLOGÍA

Virus de la rubeóla- familia Togaviridae (virus ARN)

EPIDEMIOLOGÍA

- Niños <1 año
- Principalmente primavera-verano
- Periodo de contagio: -7 o +7 días a partir del exantema



COMPLICACIONES

Artritis, encefalitis, trombocitopenia, orquitis

DX

Clínica
IgM
ELISA

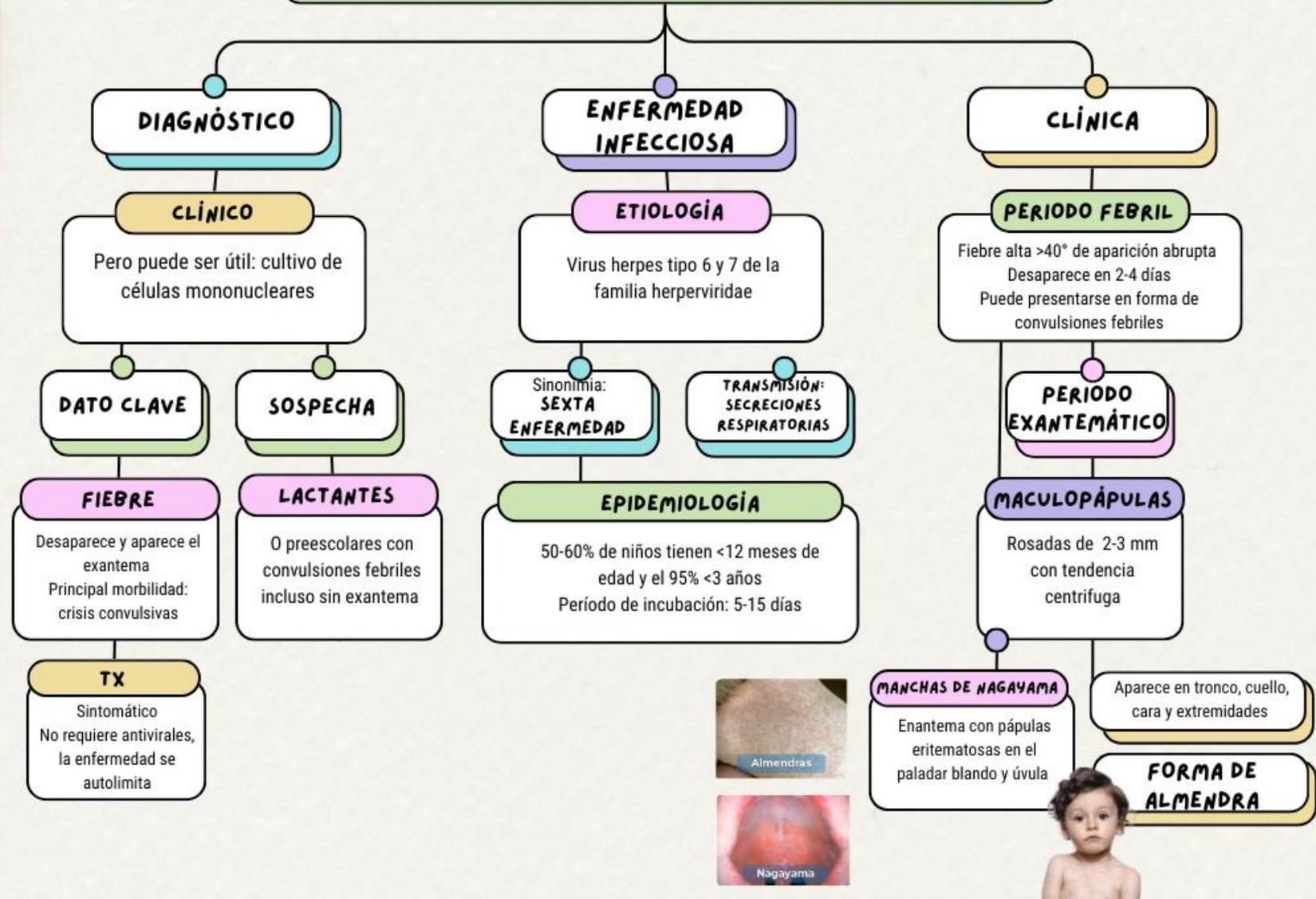
PREVENCIÓN

Vacunación: SRP Triple viral
• 12-18 meses
• < 10 años dosis 2 dosis SC con intervalo de 1 mes

TX

Sintomático

ROSÉOLA - EXANTEMA SÚBITO -



FIEBRE ESCARLATINA

EPIDEMIOLOGÍA

- Edad de 3-15 años
- Transmisión: Secreciones respiratorias
- Período de contagio: 21 días sin tx, con tx 3 días

Enfermedad exantemática causada por S. Pyogenes



CLÍNICA

- Inicio súbito de fiebre $>39.5^\circ$
- Día 1-2: LENGUA EN FRESA BLANCA, después LENGUA DE FRESA
- Signos de Pastia: líneas antecubital, ingle y axilas
- Piel de lija o gallina
- Manchas de Forchheimer y triángulo de Filatov

COMO AMIGDALITIS



DX

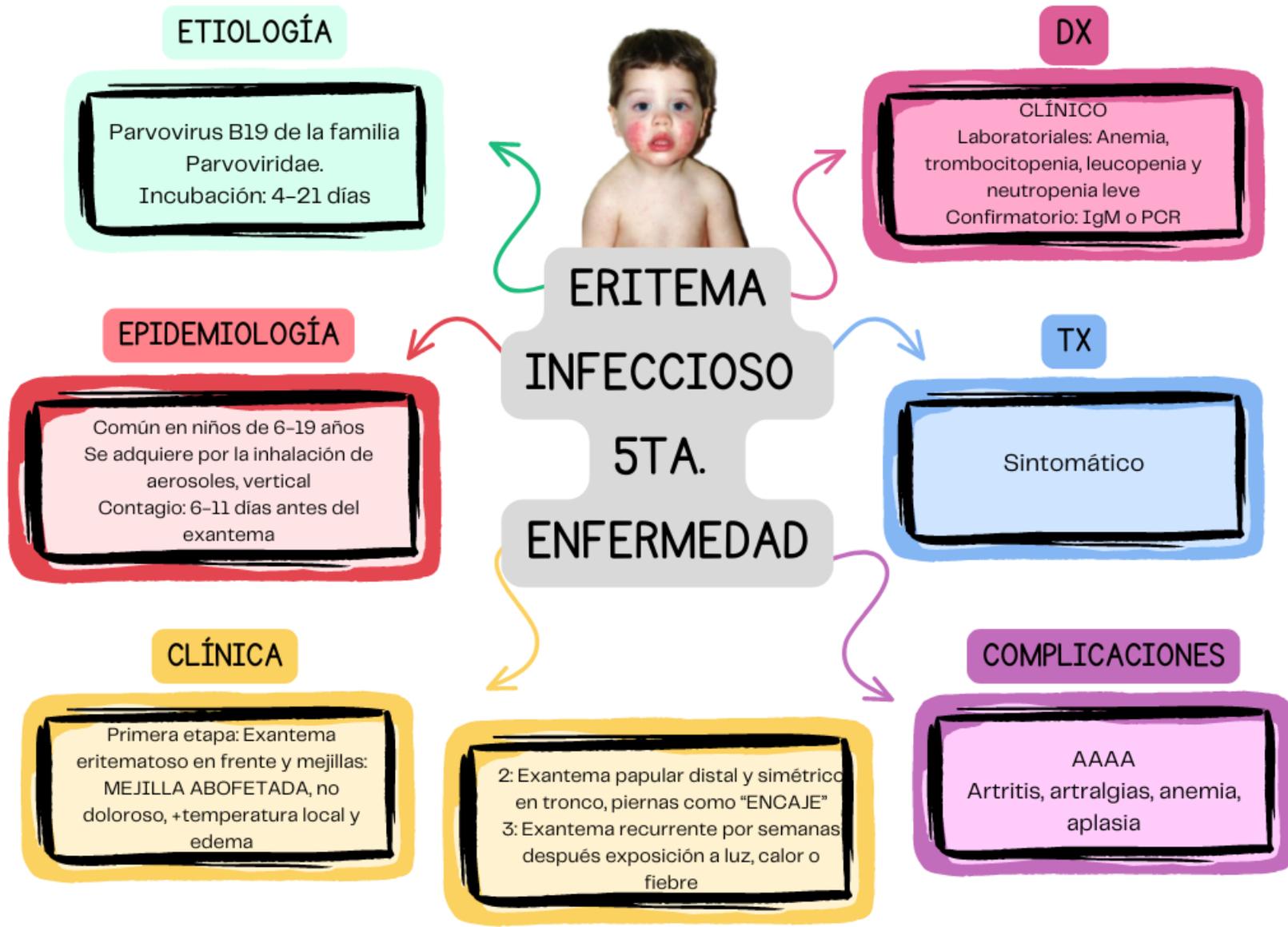
Elección: Cultivo de exudado faríngeo
Otros: AC antiestreptolisina O y antidesoxirribonucleasa B (solo en sospecha de complicaciones inmunológicas)

TX

Penicilina (V o amoxicilina por 10 días o G benzatínica)
Amoxicilina
Alergia: Cefalosporinas, clindamicina, azitromicina

COMPLICACIONES

Fiebre reumática, glomerulonefritis, angina de Ludwig, OM



Enfermedad de Kawasaki

Clínica

CLÁSICO: Fiebre por >5 días
No responde a antipiréticos

Dx: clásico +

- Conjuntivitis bulbar, bilateral no exudativa
- Cambios orofaríngeos: lengua de fresa, eritema difuso en mucosa orofaríngea, eritema o fisuras de labios



4 o más:

- Linfadenopatía cervical (>1.5 cm)
- Exantema polimorfo
- Eritema manos y plantas
- Descamación periungueal



Síndrome mucocutáneo linfonodular

Es una vasculitis de causa desconocida, con afectación multisistémica y se caracteriza por una inflamación en las arterias.

Datos

Etiología: Desconocida
Incubación: Desconocida
Contagiosidad: Desconocido

Epidemiología

- Principalmente en niños de 6-11 meses
- En México principalmente <5 años

Causa + común de cardiopatía adquirida

Auxiliares dx:

Laboratorios con leucocitosis y reactantes de fase aguda ↑
ECG y ecocardiograma bidimensional

TX

Inmunoglobulina IV 2g/kg + AAS 80-100 mg/kg/día
Corticoides si presenta >5 pts Kobayashi o resistencia a IG

Esteroides si hay resistencia al tx inicial + 2da dosis de IGIV (metilprednisolona 30 mg/kg 1 vez al día 3 días)

Complicaciones

Afectaciones cardiovasculares:
: miocarditis 50%, derrame pericárdico 30% y aneurismas coronarios 25%

≡ VARICELA ≡

+



¿QUÉ ES?

Enfermedad viral que se caracteriza por una erupción cutánea con ampollas que pican y que puede extenderse por todo el cuerpo.

ETIOLOGÍA

Virus de varicela zóster

EPIDEMIOLOGÍA

Niños <10 años
Epoca de invierno-primavera

INCUBACIÓN

10-21 días

CLÍNICA

PRÓDROMOS:
FIEBRE, TOS Y
RINORREA DURANTE 2-4 DÍAS

EXANTEMA

Pruriginoso y polimorfo (coexisten lesiones, máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras)



EXANTEMA EN CIELO ESTRELLADO

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

Antecedentes de exposición (últimos 15 días)
Dudas: Cultivo, IgM o IgG

PREVENCIÓN

Vacunación: • Vacuna de virus vivo atenuado
INDICACIONES: 2 dosis
1era: 12M: 0.5 ml SC
región: deltoidea o tricripital del brazo izq

2da: 4-6A.: Misma dosis y región
>13 años que inicien esquema 2 dosis, intervalo de 4 semanas

TX:

Sintomático (paracetamol)
Aciclovir IV en px inmunodeprimidos

COMPLICACIONES

+ Riesgo en >15 años y <1 año, inmunocomprometidos, embarazadas, desnutridos y uso crónico de salicilatos

Cutáneas (impétigo): + frec en niños inmunocomprometidos
Neurológicas: Ataxia, sx de Reye
Oculares: Exantema periocular y necrosis retinal

¿QUÉ ES?

Infección viral que se manifiesta con un sarpullido en las manos y los pies, y llagas dolorosas en la boca

ETIOLOGÍA

+Común: **Coxsackie A16**
Pero también se presenta por infección por Coxsackie A2, A5, A9, A10, B2, B3, B5 y enterovirus 71.

TRATAMIENTO

Sintomático.

EPIDEMIOLOGÍA

- En niños de entre 6 meses y 13 años
- + Frecuente en verano y otoño y áreas tropicales
- Contagio: Fecal-oral / oral-oral

SÍNDROME PIE-MANO-BOCA

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

En caso de dudas: detección directa del virus a partir de secreciones de nasofaringe, LCR, sangre o biopsia y serología viral*

CLÍNICA

- Incubación: 2-14 días
- Prodrómico: 2-4 días
- Características: fiebre de bajo grado, anorexia, odinofagia y dolor abdominal

EXANTEMA

Vesículas ovaladas de 2-3 mm
Localización dorsal y lateral de los dedos, superficie palmar y plantar
Puede haber prurito o ser asintomático
Úlceras dolorosas en mucosas

EXANTEMA

Desaparece después de 5-10 días de su aparición
Las vesículas de la mucosa oral erosionan y forman úlceras de 2 mm



¿QUÉ ES?

Es una respuesta a una toxina producida por una infección por **estafilococos** y se caracteriza por el desprendimiento de la piel y **ampollas**

CLÍNICA

Eritema difuso, piel de lija, líneas de Pastia, fiebre, irritabilidad, palidecen.

Al contacto de la piel afectada causa ruptura de la parte superior de la epidermis llamado **signo de Nikolsky**.

EPIDEMIOLOGÍA

- Generalmente en **RN o <5 años**
- Mortalidad del 4% con el tx adecuado (>edad: >mortalidad)



SÍNDROME DE PIEL ESCALDADA (SSS/SEPE)

SÍNDROME DE RITTER

NO hay afectación palmoplantar
Puede haber rinorrea purulenta, conjuntivitis
Presentan "**cara de hombre triste**" (costras y fisuras periorales, edema facial)

Dx dif: Lengua de fresa y enantema ausentes 

ETAPAS

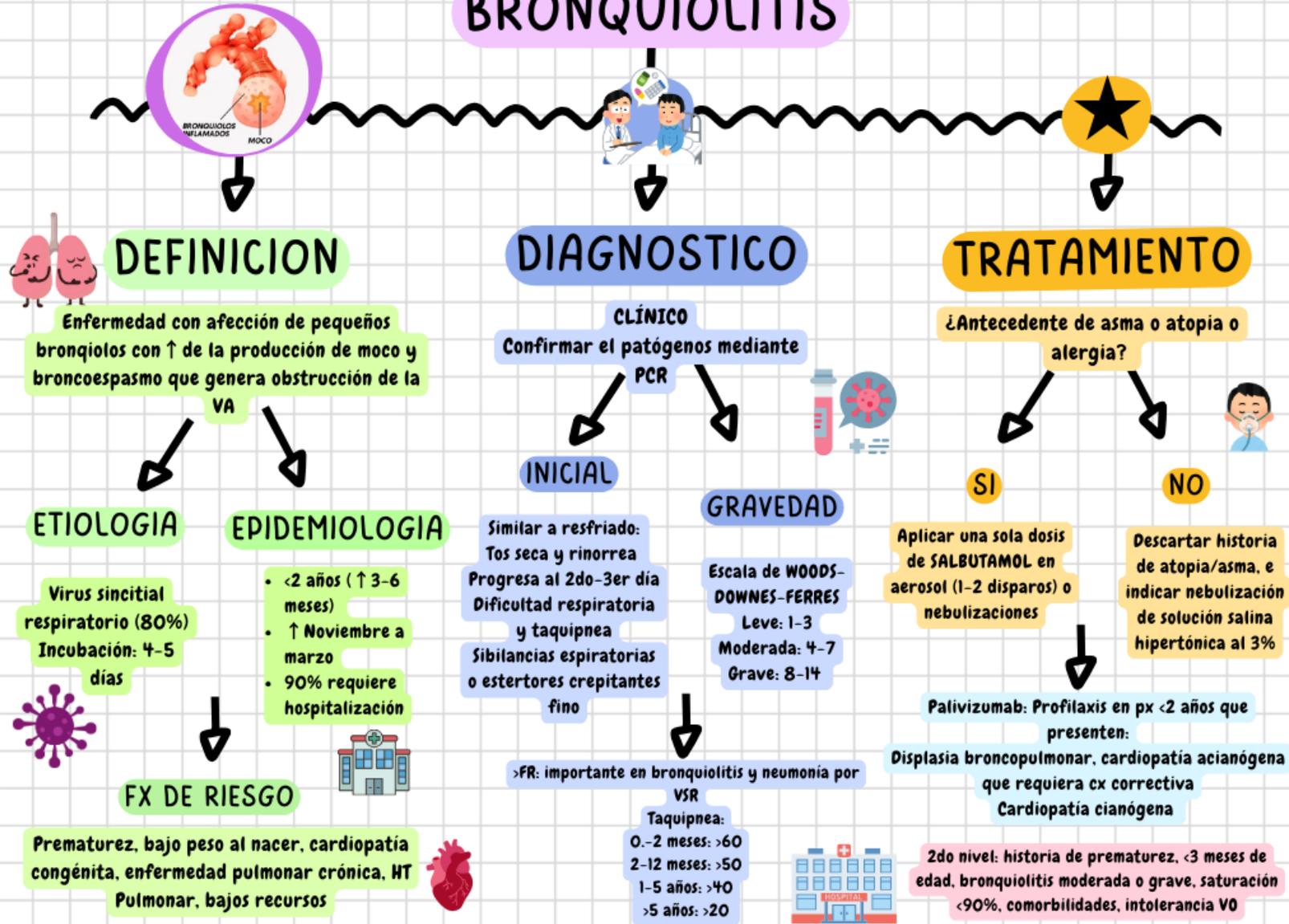
1. Eritodérmica (escalatiforme)
 2. Amollar
 3. Descamativa
- La piel se cura dentro de **10-14 días**



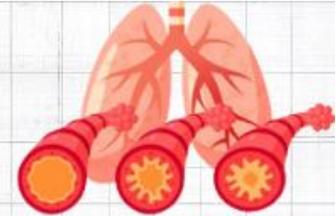
TRATAMIENTO

Penicilinas, cefalosporinas, macrólidos

BRONQUIOLITIS



ASMA BRONQUIAL



PRESENTACIÓN

HAY

TAMBIÉN

- FACTORES importantes
- Evitar exposición a humo de tabaco
 - Leche materna exclusiva por 4 meses
 - Evitar ácaros, mascotas, incineración de basura

Si presenta dermatitis atópica y sensibilidad a las proteínas del huevo hay 80% de probabilidad que presente asma

¿QUÉ ES?

Enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias
Característica: Obstrucción reversible o parcialmente reversible

DIAGNÓSTICO

- Clínica: Nocturnos o con exposición a agentes
- Síntomas tras una infección respiratoria viral

- Índice predictivo de asma (IPA): antecedentes de sibilancias en <3 años y otro fx de riesgo
- Espirometría, si sale normal pero hay sospecha clínica: Fuerza Espiratoria Mínima

CARACTERÍSTICAS

EN LA

CLÍNICA

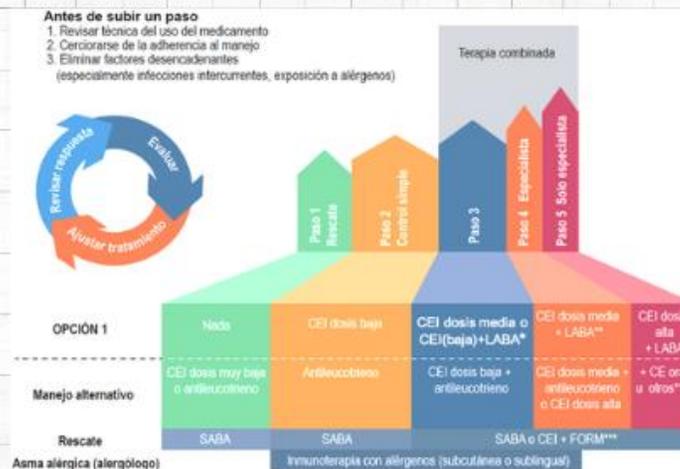
- Hiperrespuesta a diferentes estímulos
- Tos
- Disnea
- Sibilancias
- <5 años: sibilancias recurrentes y tos persistente en los últimos 6 meses

Se clasifican en intermitente y persistente (leve, moderado y severo)

EL

TRATAMIENTO

- Medicamentos controladores y de rescate
- Se prefiere terapia inhalada
- 5 etapas o pasos
- Si es por ejercicio: beta- agonista de acción corta 15 min antes



| | DOSIS DE CORTICOIDES INHALADOS PARA MENORES DE 4 AÑOS DE EDAD | | | |
|---------------|---|-------------------|----------|---------------------------|
| | BAJA | MEDIA | ALTA | DISPOSITIVOS |
| BECLOMETASONA | 100 mcg a 200 mcg | 200 mcg a 400 mcg | >400 mcg | 50 mcg, 100 mcg y 250 mcg |
| BUDESONIDE | 100 mcg a 200 mcg | 200 mcg a 400 mcg | >400 mcg | 100 mcg y 200 mcg |
| FLUTICASONA | 50 mcg a 100 mcg | 100 mcg a 200 mcg | >200 mcg | 50 mcg y 250 mcg |
| CICLESONIDE | 100 mcg | 100 mcg a 200 mcg | >200 mcg | 100 mcg y 200 mcg |



LARINGOTRAQUEITIS (CRUP)



ES UNA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

De inicio súbito y de presentación pediátrica. PROVOCA obstrucción de vía aérea superior

LOS

AGENTES CAUSALES

Más frecuentes:

- Virus parainfluenza tipo 1 y 3
- Menos frecuentes:
- Adenovirus
- Sincitial respiratorio
- Influenza A y B
- Echovirus y Micoplasma

y

Excepcionalmente:
Enterovirus, sarampión, parotiditis, rinovirus, difteria

SU

CLÍNICA

TRIADA CLÁSICA

1. Disfonia
2. Estridor laríngeo inspiratorio
3. Tos traqueal (metálica)



IMPORTANTE

Evaluación de la gravedad de la obstrucción de la VA

| | Gravedad De La Obstrucción De La Vía Aérea | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| | Leve | Moderada | Grave | Muy Grave o que Amenaza La Vida |
| Estado mental | Normal | Arisoso | Agitado, exhausto | Letárgico, somnoliento |
| Estridor | Ausente en reposo | Audible en reposo | Intenso | Persiste |
| Tiro suprasternal o tirso intercostales | Ausente ó leve | presente | Más intenso | Esfuerzo disminuido |
| Frecuencia cardíaca | Normal | Aumentada | Muy aumentada | |
| Frecuencia respiratoria | Normal, puede hablar y comer | Limitación para hablar y comer | Aumentada y jadeante | Pobre esfuerzo respiratorio |
| Saturación O2 | >95% | 92-95 | <92% | |
| Otros | | | Palidez o hipotónia | Cianosis |

TAMBIÉN ÚTIL: SILVERMAN ANDERSON

HAY

PRUEBAS DX

Radiografía (y para dx diferencial con epiglotitis)
NO rutinario
Signo: De AGUJA O TORRE (50%)

CONSISTE

En disminución del aire subglótico
Lateral: sobre distensión de la hipofaringe



EL

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO:
Piedra angular: GLUCOCORTICOIDES
Dexametasona es eficaz IM o VO (0.60 mg/kg/ dosis única)

CONSIDERAR

Niños con vómito:
Budesonida o dexametasona IM

Epinefrina nebulizada: 4 ml, 4 ámpulas de 1ml 1:1000, sin diluir con O2 suplementario

NO FARMACOLÓGICO:
Reposo, ↑ líquidos, oxígeno (acorde al estado del px)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Enfermedades exantemáticas. (2022). Obtenido de Libro CTO de medicina y cirugía-
Pediatria (pp. 145-152)