

Mi Universidad

Mapas conceptuales

Patologías pediátricas

Abril Amairany Ramírez Medina

1er parcial

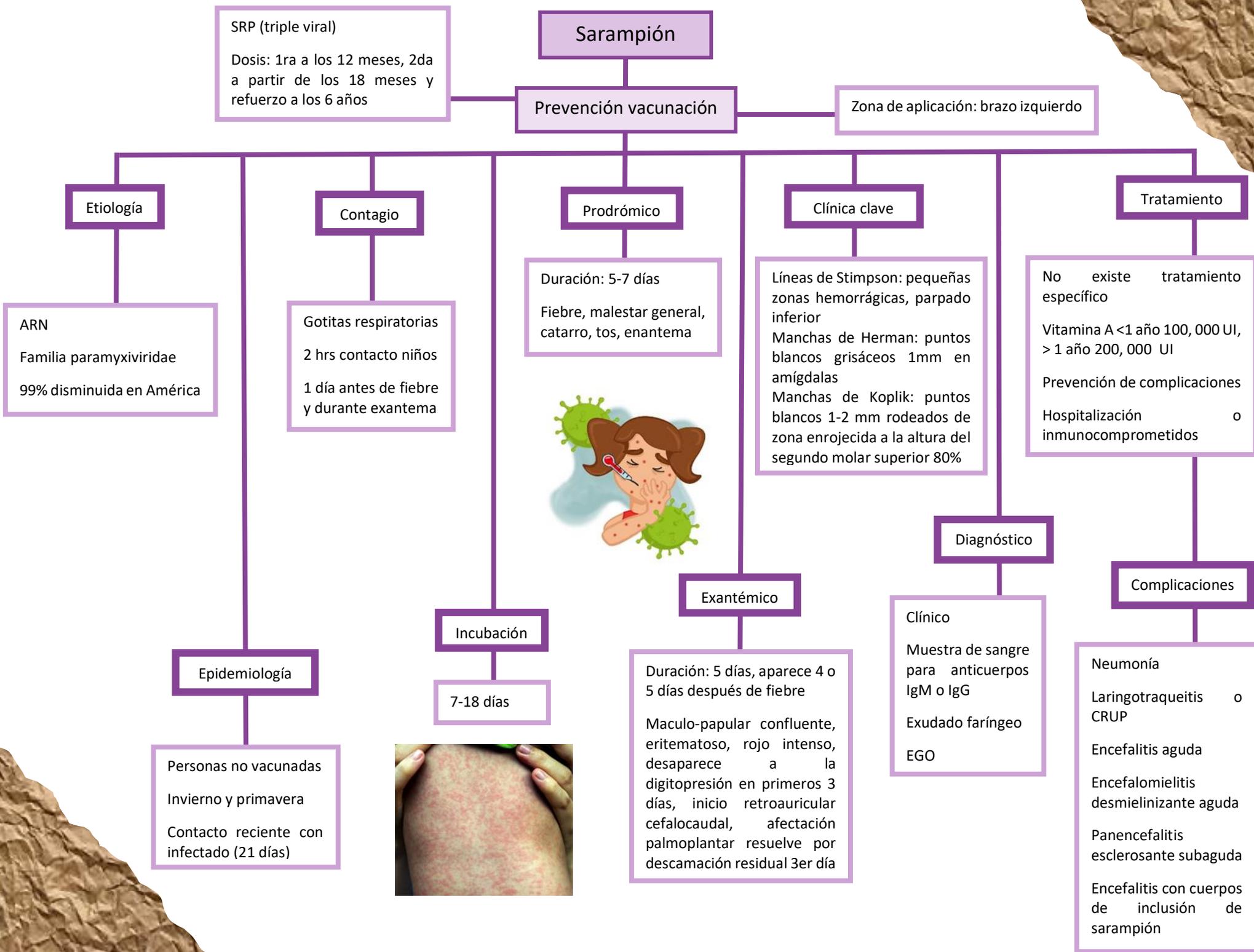
Clínica de pediatría

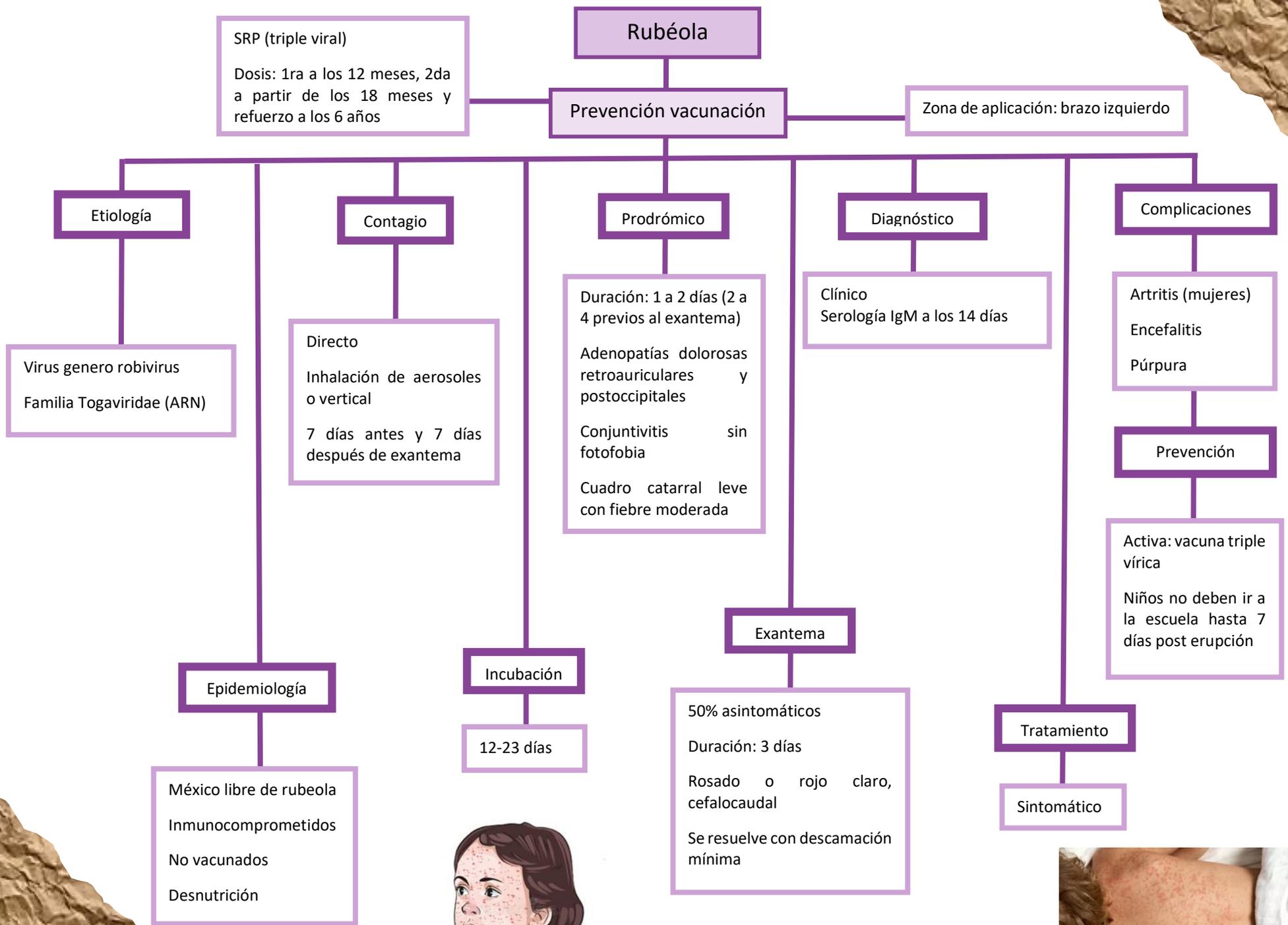
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina humana

7mo semestre. Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 17 de septiembre de 2024





Roséola

Exantema súbito/6ta enfermedad

Etiología

Herpes virus tipos 6 (HV6)
6ta enfermedad: exantema súbito

Contagio

Secreciones respiratorias
Niños la transmiten en periodo febril y una semana previa

Clínica

Fase exantemática

Maculas y pápulas eritematosas en forma de almendra

Tronco, cuello y extremidades, centrípeta

Manchas de Nagayama

Diagnóstico

Clínico

Complicaciones

Crisis febril
Encefalitis
Convulsiones
6-15 %

Epidemiología

50-60% niños infectados a los 12 meses
Casi 100% infectado a los 3 años
No predilección por sexo o estación

Fase febril

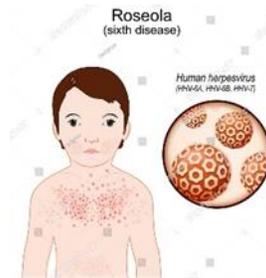
3 días
Fiebre alta sin focalidad
Mono sintomática

Exantema

Aparece cuando desaparece fiebre
Pápulas eritematosas en paladar blando y úvula

Tratamiento

Sintomático



Fiebre escarlatina

Etiología

Streptococcus Pyogenes
(EBHGA)



Incubación

1-7 días

Clínica

Prodrómico: 24-48 hrs

Inicio brusco: fiebre alta, odinofagia, cefalea, náusea, vómito y malestar general

Lengua blanca y aframbuesada

Maculas puntiformes en úvula y paladar "manchas de Forchermeir"

Amígdalas edematosas, hiperémicas

Diagnóstico

Clínico
Cultivo faríngeo (GS)
Prueba de detección rápida S. Pyogenes

Complicaciones

Fiebre reumática
Glomerulonefritis postestreptocócica

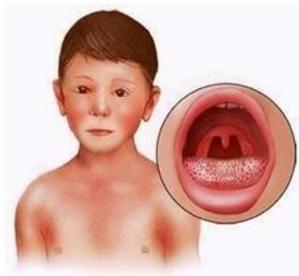


Epidemiología

3-15 años
Invierno y primavera
Antecedente de faringitis

Contagio

Fase aguda a 24 hrs posterior al tratamiento



Exantema

Inicia 3 días después prodrómico y dura 5 días

Exantema eritematoso generalizado (no afecta palmas ni plantas), áspero (piel de lija o gallina)

Lesiones petequiales zona antecubital (líneas de pastia)

Enrojecimiento de cara respetando triángulo de Filatov

Tratamiento

Penicilina V oral x10 días
Amoxicilina
Penicilina G benzatinica
Cefalosporinas
Clinda, azitro si hay alergia

Eritema infeccioso

5ta enfermedad

Etiología

Parvovirus B19 (eritrovirus)



Incubación

4-21 días

Clínica

Prodrómico: fiebre y síntomas leves

Exantema: dura 3 días

1ra etapa: exantema eritematoso en mejillas (mejilla abofeteada)

2da etapa: exantema papular distal y simétrico en tronco. Apariencia de encaje

3ra etapa: erupción recurrente por varias semanas (1-4 sem). Erupción recurrente con cambios por luz, presión o temperatura

Complicaciones

AAAA

Artritis, artralgias (mujeres), anemia, aplasia



Contagio

6-2 días previos al exantema



Epidemiología

Exantema más frecuente en la infancia

6-19 años (geriátricos)

Diagnóstico

Clínico
Serología IgM
PCR en crisis aplásica o inmunodeprimidos



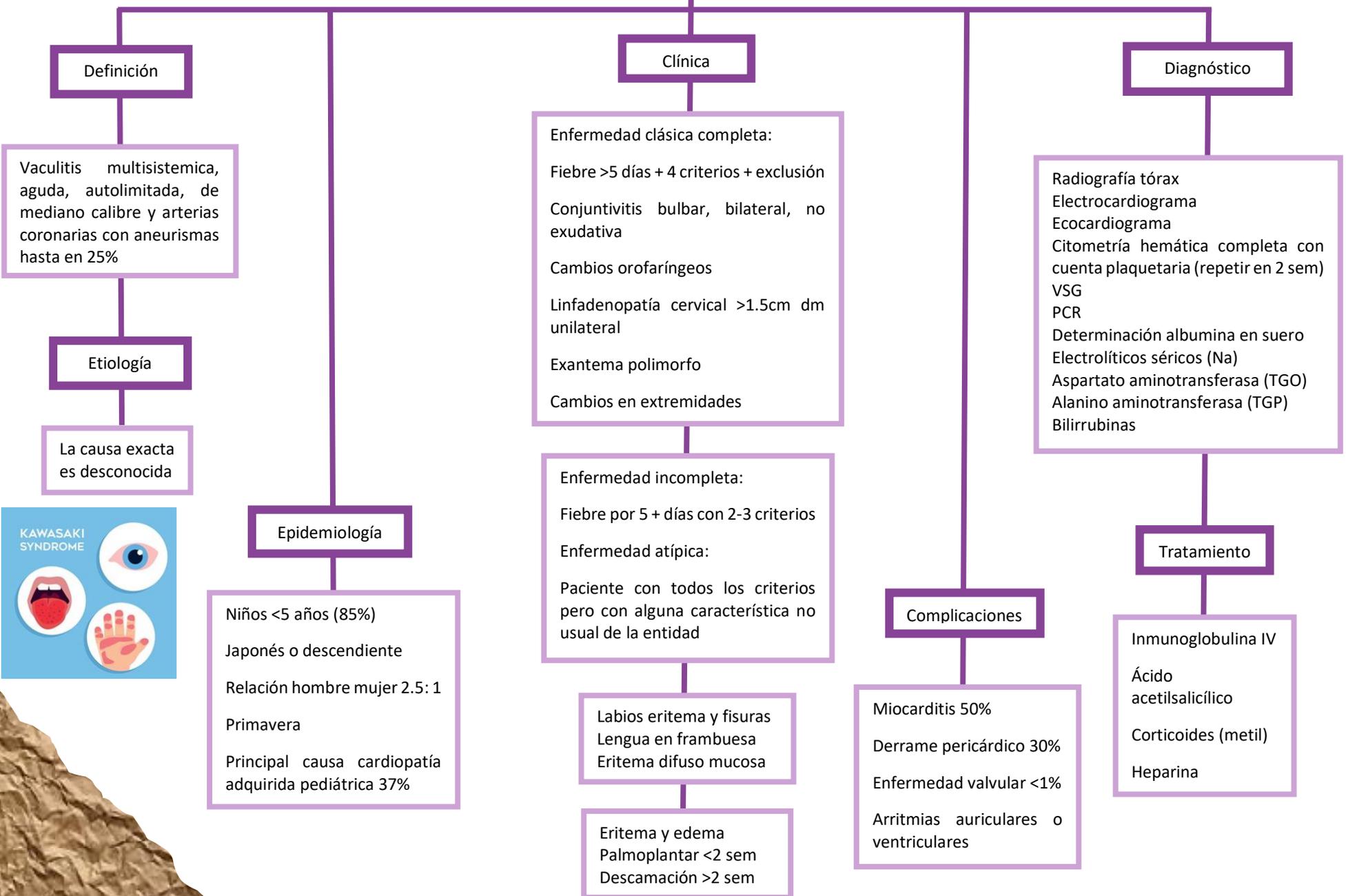
Tratamiento

Sintomático



Enfermedad de Kawasaki

Síndrome mucocutáneo linfonodular



Definición

Vaculitis multisistémica, aguda, autolimitada, de mediano calibre y arterias coronarias con aneurismas hasta en 25%

Etiología

La causa exacta es desconocida

Epidemiología

Niños <5 años (85%)
Japonés o descendiente
Relación hombre mujer 2.5: 1
Primavera
Principal causa cardiopatía adquirida pediátrica 37%

Clínica

Enfermedad clásica completa:
Fiebre >5 días + 4 criterios + exclusión
Conjuntivitis bulbar, bilateral, no exudativa
Cambios orofaríngeos
Linfadenopatía cervical >1.5cm dm unilateral
Exantema polimorfo
Cambios en extremidades

Enfermedad incompleta:
Fiebre por 5 + días con 2-3 criterios
Enfermedad atípica:
Paciente con todos los criterios pero con alguna característica no usual de la entidad

Labios eritema y fisuras
Lengua en frambuesa
Eritema difuso mucosa

Eritema y edema
Palmoplantar <2 sem
Descamación >2 sem

Diagnóstico

Radiografía tórax
Electrocardiograma
Ecocardiograma
Citometría hemática completa con cuenta plaquetaria (repetir en 2 sem)
VSG
PCR
Determinación albumina en suero
Electrolíticos séricos (Na)
Aspartato aminotransferasa (TGO)
Alanino aminotransferasa (TGP)
Bilirrubinas

Tratamiento

Inmunoglobulina IV
Ácido acetilsalicílico
Corticoides (metil)
Heparina

Complicaciones

Miocarditis 50%
Derrame pericárdico 30%
Enfermedad valvular <1%
Arritmias auriculares o ventriculares

Varicela

Vacuna Varivax

Dosis: 1ra a los 12 meses, refuerzo a los 5 años

Prevención vacunación

Vía de administración subcutánea

En México no se usa esta vacuna

Etiología

Virus Varicela-Zoster (Herpes virus 3)

Humano única fuente de transmisión



Contagio

2 días antes de exantema hasta que las lesiones estén en fase cicatricial

Gotitas de saliva o exudado vesicular

Inmunidad de por vida, puede reaparecer como herpes zoster

Tiempo de exposición:

Niños 5 min a 1 hr cara a cara

Personal de salud >15min cara a cara o >1 hr misma habitación

Epidemiología

Mayor incidencia <1 años (1-a años)

Invierno-primavera

90% de la población <15 años

Mayor morbimortalidad en adultos

Prodrómico

2-4 días

Fiebre, cefalea, malestar general

Severidad:

Leve <50 lesiones

Moderado 50-500

Severo >500

Incubación

10-21 días

Diagnóstico

Clínico

Tinción de Tzanck: células gigantes multinucleadas
Embarazadas/inmunocomprometidos: serología



Exantema

En cielo estrellado

250-500 lesiones

Pruriginoso y polimorfo

Diseminación cefalocaudal

Maculas, pápulas, vesículas (rocío sobre pétalo de rosa), pústulas y costras

Puede afectar mucosas

Costras caen 1-3 sem (mancha hipocromica)

Complicaciones

Sobreinfección bacteriana (S. Pyogenes, S. Aureus)

Neumonía

Síndrome encefalítico

Síndrome Reye

Contraindicación de vacunación

Alergia a neomicina, gelatina, huevo, embarazo, inmunosupresión, antecedente de varicela

Tratamiento

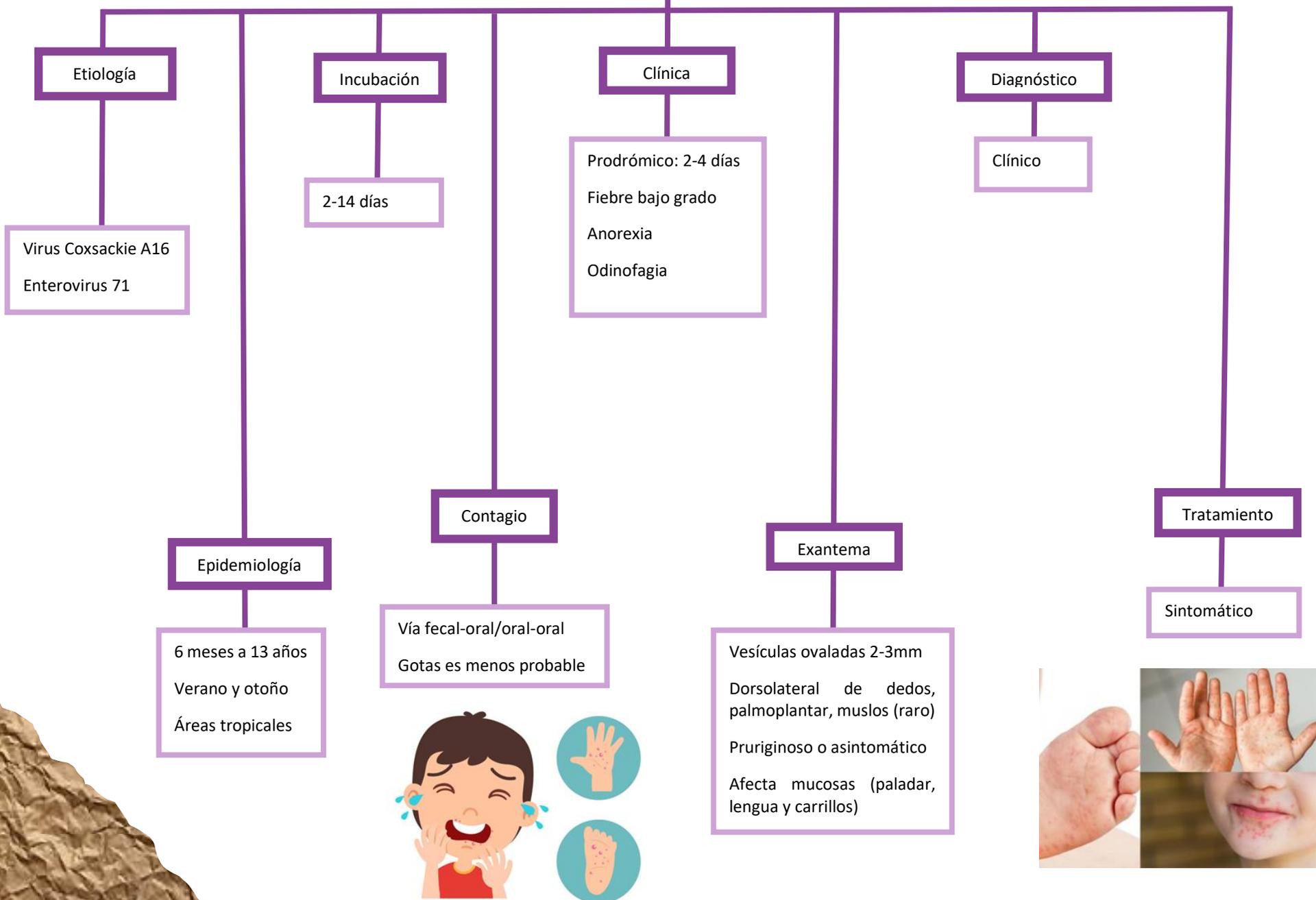
Sintomático

Antiséptico

Mupirocina

Aciclovir/valaciclovir, foscarnet

Síndrome de mano, pie, boca



Síndrome de piel escaldada

Etiología

Trastorno de la piel perfiacial con ampollas, causado por toxinas exfoliativas de *Staphylococcus aureus*

Fiebre escarlatina estafilocócica

Forma leve SSSS Ritter
Reacción escarlatiniforme generalizada con exfoliación
Piel de lija y líneas de Pastia pero sin fresas

Clínica

3 etapas

Eritrodermia: eritema difuso, piel de lija dolorosa, fiebre, irritabilidad

Ampollar: bulas grandes, signo de Nikolsky +

Descamativa: descamación de las lesiones, sin afeción palmoplantar, cara de hombre triste, costras y fisuras periorales

Tratamiento

Siempre intrahospitalario

Epidemiología

Recién nacidos a 5 años
Puede afectar niños mayores o adultos
Mortalidad e niños 4%, adultos 60%

Contagio

Por contacto directo con pacientes infectados

Diagnóstico

Clínico



Bronquiolitis

Definición

Primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias, de causa infecciosa, en un niño de menos de dos años

Etiología

Virus respiratorio sincitial VRS 60-80
Metapneumovirus
Adenovirus, parainfluenzae, influenzae, bocavirus

Epidemiología

Fuente de infección familiar
Ocasiona cuadros pseudogripales, catarrales y bronconeumonías
Brotos epidémicos octubre-marzo

Prodrómico

Catarro de vías altas en las 24-72 hrs previas

Clínica

Dificultad respiratoria progresiva
Tos seca
Febrícula o fiebre
Rechazo de las tomas

En la exploración

Taquipneico con signos de distrés
Retracciones intercostales y subcostales
Puede haber cianosis
Espiración alargada, sibilancias espiratorias, roncus dispersos e hipo ventilación

Contagio

Vía respiratoria
Fómites

Tratamiento

Hidratación y nutrición
Oxigenoterapia
Salbutamol inhalado >6 meses

Prevención

No existe vacuna en México
Buena higiene
Lavado de manos

Complicaciones

Inflamación de vías respiratorias

Diagnóstico

Clínico
Radiografía de tórax
Detección de antígenos virales en secreciones respiratorias
Gasometría



Asma bronquial

Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, cuya patología intervienen diferentes células y mediadores inflamatorios

Etiología

Genético
Alérgenos
Infecciones VRS y virus parainfluenzae
Tabaco
Contaminación
Dieta: lactancia materna

Epidemiología

Prevalencia global del 4.3 %
Alta morbilidad en niños y adultos

Prodrómico

Tos que puede empeorar
Sibilancias
Opresión torácica
+ Frecuente en noches y al despertar

Clínica

Sibilancias
Se caracteriza por episodios de dificultad respiratoria

Factores desencadenantes

Aire frío
Ejercicio
Exposición a alérgenos
Cuadro de gripe o resfriado

Fenotipos

Sibilancias precoces transitorias
Sibilancias persistentes no atópicas
Sibilancias persistentes atópicas

Contagio

Esta patología no es contagiosa

Diagnóstico

Clínico
Espirometría
Prueba broncodilatadora
Hiperreactividad bronquial
Variabilidad
FeNO
Gasometría arterial
Radiografía de tórax
Analítica sanguínea
Test de alergia

Tratamiento

Fármacos de rescate o aliviadores (beta adrenérgicos de acción corta, mixta o larga)
Corticoides sistémicos

Prevención

Lactancia materna
Evitar exposición a humo de tabaco

Complicaciones

Exacerbación asmática
Dificultad para respirar que requiere asistencia respiratoria
Muerte



Laringotraqueítis CRUP

Definición

Infección que abarca a laringe y tráquea. Obstrucción de grado variable, caracterizada por tos seca (perruna), disfonía y estridor inspiratorio

Etiología

Parainfluenzae 1 y 3, influenza A, B, adenovirus, sincitial respiratorio, metaneumovirus y Mycoplasma pneumoniae

Prodrómico

Inicio abrupto de tos seca
Estridor
Disfonía
Dificulta respiratoria



Clínica

Rinofaringitis
Rinorrea
Faringitis
Tos leve
Febrícula 1-3 días antes de signos y síntomas de obstrucción de vía aérea
Tos seca perruna
Disfonías
Estridor inspiratorio
Fiebre 40°C
Síntomas empeoran de noche

Contagio

Secreciones nasofaríngeas contaminadas al hablar, estornudar o toser
Incubación: 2-6 días y 1-3



Epidemiología

3% niños menores de 6 años
+ Común 6 meses-3 años
Pico de incidencia anual en el 2do años de vida de casi 5%
>Afección en niños 1.4:1
Primavera otoño
Hospitalización <5%
Intubación 1-3%
Rara mortalidad

Tratamiento

Cuidados generales
Epinefrina
Corticoesteroides

Prevención

No se dispone de vacuna contra el virus de LTB

Complicaciones

Neumonía
Obstrucción laríngea
Otitis media
Deshidratación

Diagnóstico

Radiografías anteroposterior y lateral de cuello

Bibliografías

Pediatría Manual CTO de Medicina y Cirugía 5° edición ENARM

Infecciones Respiratorias en Pediatría Francisco Javier Ávila Cortés Mc Graw Hill