



**Mi Universidad**

## **Mapas conceptuales**

*Patologías pediátricas*

*Abril Amairany Ramírez Medina*

*1er parcial*

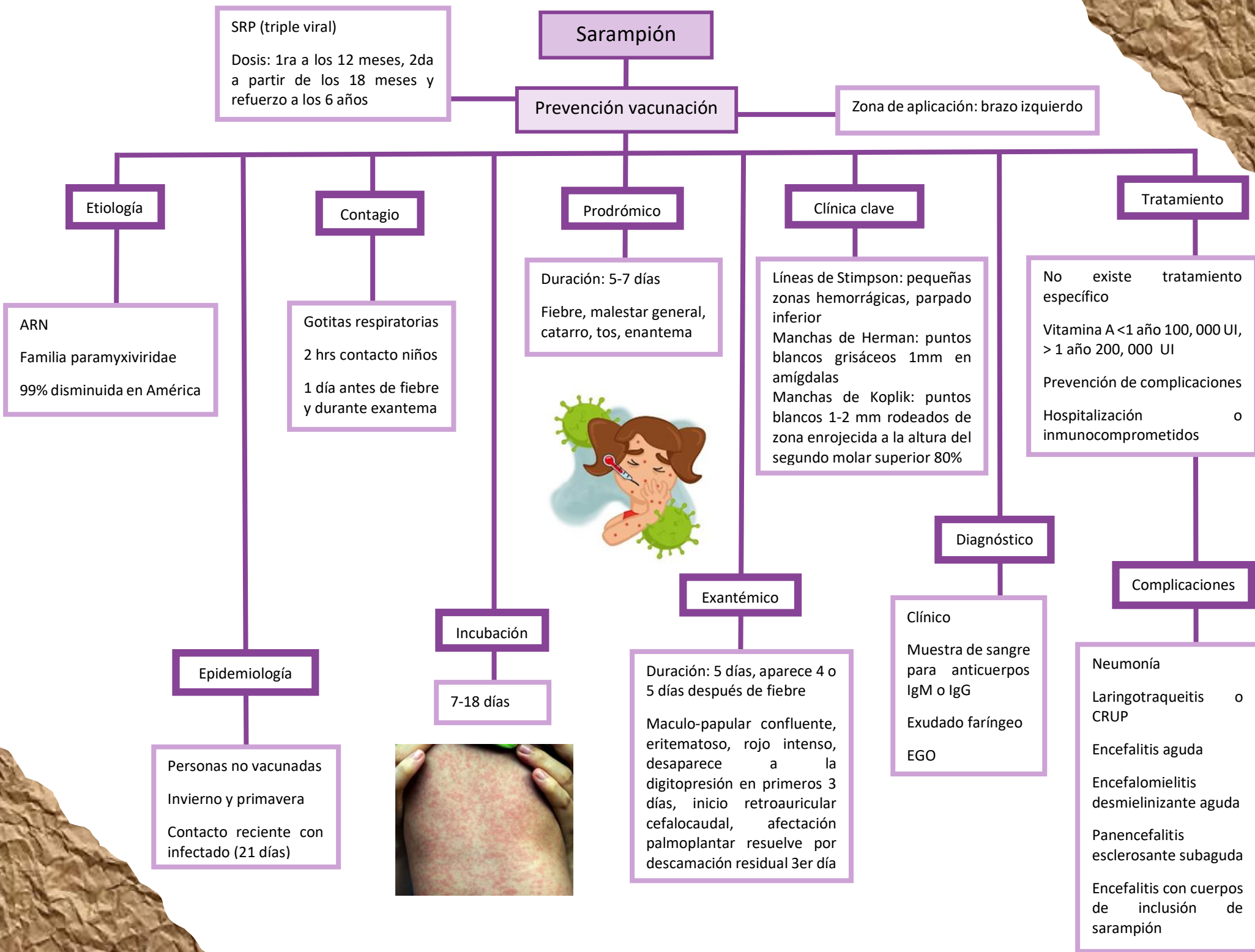
*Clínica de pediatría*

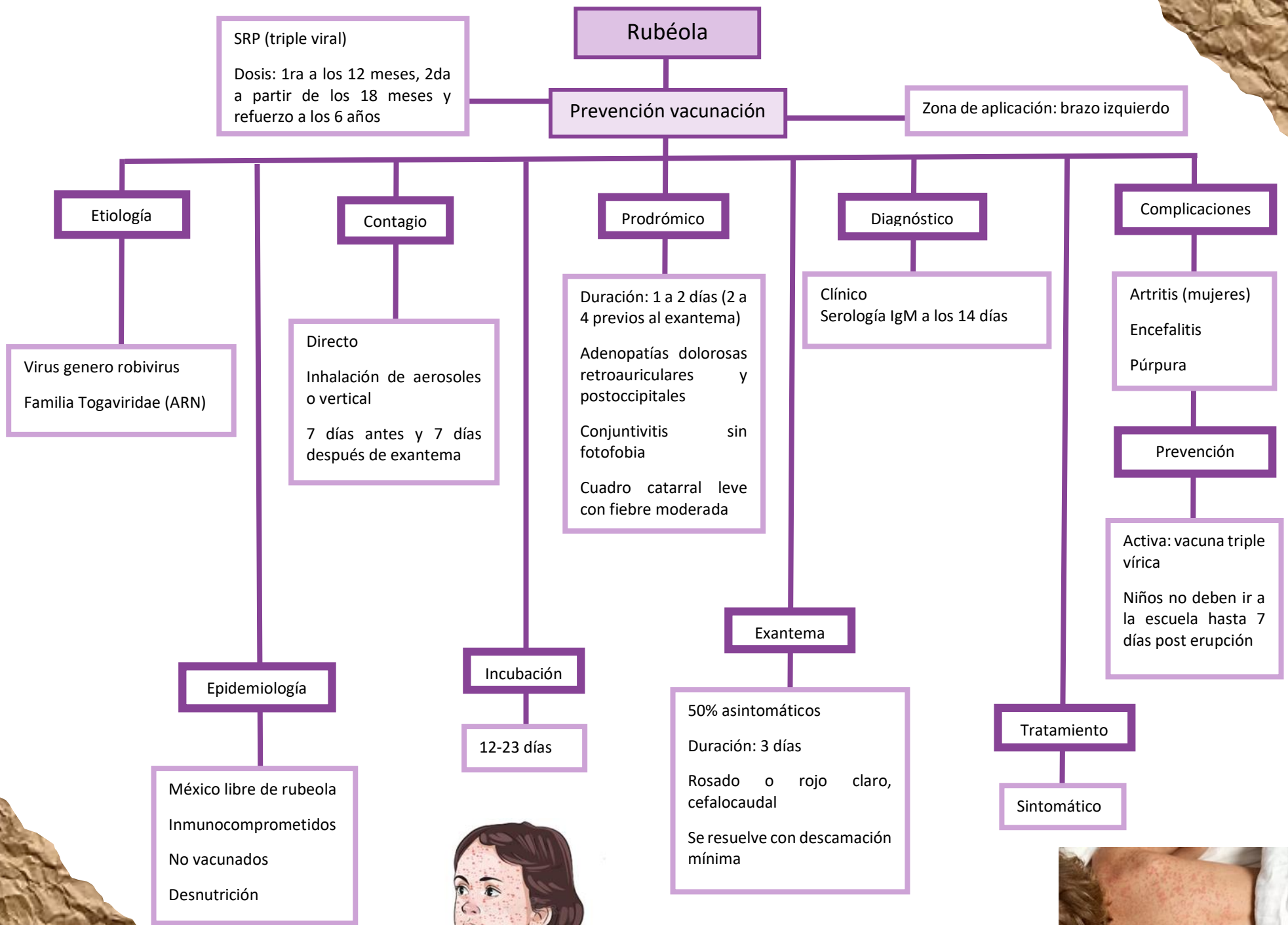
*Dr. Miguel de Jesús García Castillo*

*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

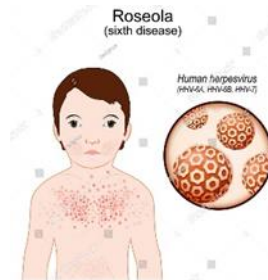
3 días  
Fiebre alta sin focalidad  
Mono sintomática

### 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

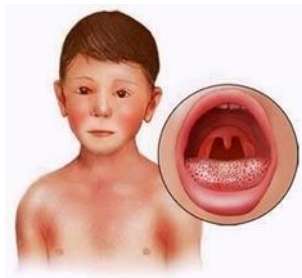
Lengua blanca y aframbuesada

Maculas puntiformes en úvula y paladar "manchas de Forchermeir"

Amígdalas edematosas, hiperémicas

## Contagio

Fase aguda a 24 hrs posterior al tratamiento



## Diagnóstico

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

## 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

## Complicaciones

Fiebre reumática  
Glomerulonefritis postestreptocócica



## Epidemiología

3-15 años  
Invierno y primavera  
Antecedente de faringitis

## 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)

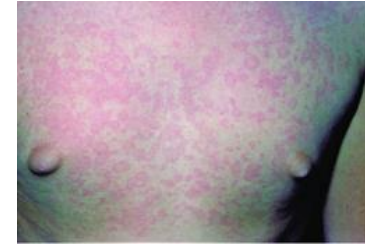
2da etapa: exantema papular distal y simétrico en tronco. Apariencia de encaje

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



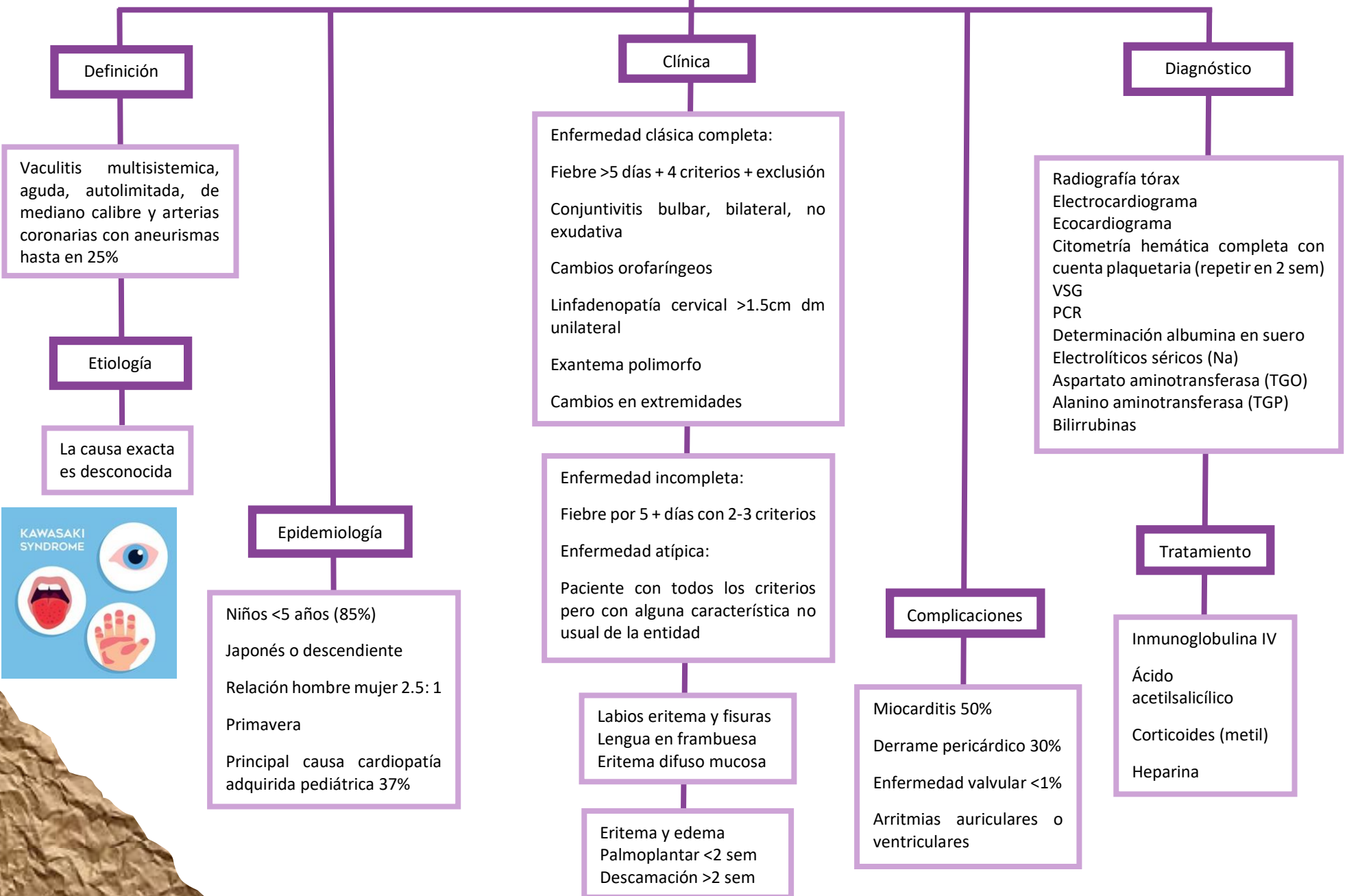
### Tratamiento

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%

**Clinica**

**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

## 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)



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



## 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

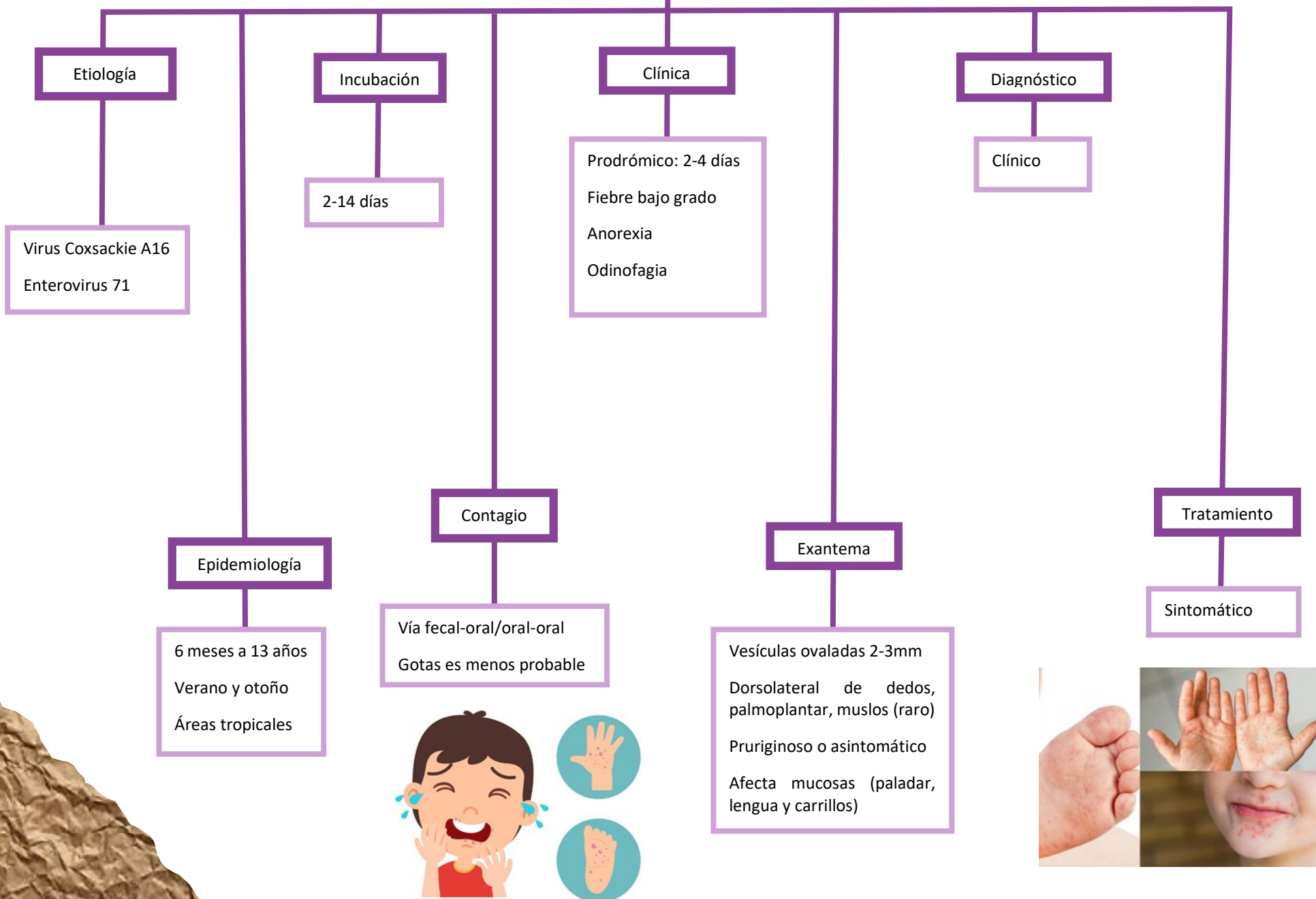
Antiséptico

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 afección 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

## Diagnóstico

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

## 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



# 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