



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno: Domínguez
Arellano Jacqueline**

**Nombre del profesor: Dra. Karen
Alejandra Morales Moreno**

Nombre del trabajo: Actividad mixta.

Materia: Clínica pediátrica

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7 ° “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de junio de 2023

Resfriado Común
LIVE yourself

Es una infección vírica aguda del tracto respiratorio superior que cursa con rinorrea y obstrucción.

Etiología

- Rinovirus humano, virus respiratorio sincitial, Metaneumovirus, virus parainfluenziales, adenovirus, virus gripales, enterovirus, coronavirus.

Patogenia

- Contacto directo
- Inhalación de aerosoles
- Depósito de aerosoles de partículas grandes

Infección vírica del epitelio nasal → Respuesta inflamatoria → obstruye los orificios sinosales → liberación de citoquinas → manifestación de síntomas.

Manifestaciones Clínicas

- Fiebre
- secreción nasal
- Dolor de garganta
- Rinorrea
- Obstrucción nasal
- Tos
- Cefalea
- Irritabilidad
- Dificultad para dormir
- Disminución del apetito
- Linfadenopatía cervical ant.
- Infección conjuntival.

Diagnóstico

- Clínico
- Frátesis
- PCR
- Cultivo
- Detección de antígenos
- Métodos serológicos

Tratamiento

- Simtomático
- Hidratación
- Analgésicos
- Solución salina
- Antihistamínicos

Sinusitis

Es una enfermedad frecuente durante la infancia y adolescencia. Existen 2 tipos: vírica y bacteriana, que se asocian a una morbilidad aguda y crónica significativa.

Anatomía

Los senos etmoidales y maxilares están presentes al nacer. Los senos maxilares se neumatizan hasta los 4 años. Los senos esfenoidales → 5 años. Los frontales → 7-8 años hasta la adolescencia.

Etiología

Streptococcus pneumoniae (30%)
Haemophilus influenzae no tipificable (30%)
Moraxella catarrhalis (10%)
Staphylococcus aureus, otros estreptococos y anaerobios.
Sinusopatía crónica con frecuencia *H. influenzae*, estreptococos α y β -hemolíticos
M. catarrhalis, *S. pneumoniae* y *Staphylococcus coagulans* - *negulivos*.

Patogenia

1. Presenta rinosinusitis vírica (Al sanarse en la nariz se genera presión que empuja las secreciones nasales a los senos)
2. Las bacterias de la nariz y faringe se eliminan con rapidez.
3. La inflamación y el edema pueden bloquear el drenaje de los senos y alterar la depuración mucociliar de las bacterias.
4. Las condiciones de crecimiento son favorables y se producen tipos clonados de bacterias.

Manifestaciones clínicas

- congestión nasal, rinitis purulenta (uni o bilateral), fiebre y los
- halitosis, hiposmia, edema periorbitario, molestia en los dientes maxilar.

Diagnóstico

- Anamnesis
- Cultivo del aspirado de los senos
- Hallazgos radiológicos

- Cefnidir, cefuroxima axelilo, cefepodoxima o cefixima

Complicaciones

→ orbititis periorbitaria

(proptosis, quemosis ↓ visual, dipopía, trastornos oculares)

→ complicaciones intracraneales: absceso epidural, meningitis, trombosis del seno cavernoso

Tratamiento

- Amoxicilina (45 mg/kg/día) dividido en 2 dosis iguales
- Amoxicilina / Ac. clavulánico (80-90 mg/kg/día)
- Ceftriaxona 50 mg/kg

Obstrucción Inflamatoria aguda

10

Agentes etiológicos

VPIH
Gripales A y B
Adenovirus
VRS
Sarampión
Mycoplasma pneumoniae

La resistencia de la UR se coacia a la luz de la UR de un lactante

Epiglotis aguda
S. pyogenes
S. Neumoniae
H. Influenzae
S. Aureus.

Estructuras afectadas

CRUP
Epiglotis aguda
Laringitis infecciosa
CRUP espasmódico
Traqueítis Bacteriana

Manifestaciones clínicas

Grup: Rinorrea
Faringitis
Febrícula 39-40
Estridor
Tos perruna
Febrícula 39-40
Estridor

Tratamiento

CRUP: Epinefrina racémica
-corticoides orales crup.
virico

Dexametazona

Epiglotis:

Ceftriaxona, cefepina
Intubación endotraqueal,
Nasotraqueal y
traqueotomía.

Epiglotis Aguda:

Fiebre elevada
Dolor de garganta
Dianea
obstrucción Rápida
de progresión

Sibilancias, Bronquiolitis y Bronquitis.

Bronquiolitis aguda

C.E. producido por diferentes hr. víricas del tracto respiratorio inferior en lactantes y niños muy pequeños. <1 año - 2 años o +.

Sibilancias.

Se originan a partir de los vías respiratorias estrechas, por una obstrucción de la VA.

Hallazgos respiratorios

Taquipnea, sibilancias, crepitantes, Rencos

Etiología

- VRS - 50%
- Metaneumovirus Humano
- Rinovirus
- Virus Parainfluenza
- Influenza
- Bocavirus

Factores de riesgo

- Masculino
- Exposición a humo de tabaco
- No lactancia materna
- Hacinamiento
- Madres fumadoras en la gestación.

Manifestaciones clínicas

- Estornudos y rinitis transparente
- Hiporexia y fiebre
- Dificultad respiratoria
- Tos paroxística, disnea e irritabilidad
- Taquipnea.

Diagnóstico

Clinico

Tratamiento

- Niños con hipoxemia (<90%)
- Oxígeno
- Asistencia ventilatoria
- Nebulización de sol. salina hipertónica al 3%
- Hidratación adecuada
- Lavados nasales con suero fisiológico.

E.F.

Sibilancias y crepitantes, aliento nasal y tiraje.

Neumonía adquirida en la C.

Se define como la inflamación del parénquima pulmonar, es la principal causa infecciosa de muerte el todo el mundo en niños menores de 5 años.

Etiología

Bacteriana

- Streptococcus pneumoniae RN < 3a, 3a-3m, 4a-4a, 7/5a
- Estreptococos del grupo A 4m-4a
- Estreptococos de grupo B
- Staphylococcus aureus RN < 3a
- Mycoplasma pneumoniae 4m-4a, 7/5a
- Chlamydia pneumoniae 7/5a
- Chlamydia trachomatis 3a-3m
- Anaerobios mixtos
- Bacilos entéricos gramnegativos RN < 3a

Patogenia

- Depuración mucociliar
- Macrófagos
- Inmuno globulina A y limpieza mediante la tos.

Virica

- VRS 3a-3m, 4m-4a
- Virus parainfluenza tipo 1-4 3a-3m, 4m-4a
- Virus Influenza A, B 3a-3m, 4m-4a
- Adenovirus 3a-3m, 4m-4a, 7/5
- Metaneumovirus humano 3a-3m, 4m-4a

Fungica

- Histoplasma capsulatum
- Blastomycetes dermatitidis
- coccidioides immitis
- Cryptococcus neoformans y C. gatti
- Aspergillus
- Mucormicosis
- Pneumocystis jirovecii

Manifestaciones clínicas

- Rinitis y tos
- Fiebre (inf. vírica)
- Taquipnea (más habitual)
- Tiraje intercostal, subcostal y supraesternal, alateo nasal y utilización de músculos accesorios
- Cianosis y letargo (grave)

Cuadro clínico

Típico

Inicio brusco
Fiebre, escalofríos, disnea,
tos productiva y dolor torácico
pleurítico
Crepitantes y/o soplo tubárico
Oliguria
Radiológicamente: neumonía
lobar (alveolar) o bronquopneumía
Leucocitosis.

Atípico

- Subaguda
- con fiebre, sin escalofríos,
cefalea, mialgias, artralgias
- Tos seca o escasa
- auscultación normal
- Radiológicamente: patrón
intersticial
- Pueden haber manifestaciones
extra-respiratorias.

Diagnóstico

- Radiografía de tórax
- Ecografía portátil
- Laboratorio PCR

→ consolidación lobular
Infiltrados intersticiales
Cavitación

Tratamiento

Px ambulatorio sin comorbilidades

- Amoxicilina oral 500 mg c/8h
- Azitromicina 500 mg c/24 o
- claritromicina 500 mg q/12 hrs
- Doxiciclina 7-10 días

Px ambulatorio con comorbilidades

Beta-lactámico más macrolido

Fluoroquinolona (Moxifloxacino 400 mg/día, gemifloxacino 320 mg/día o levofloxacino 750 mg)

Paciente hospitalizado no grave

Cefotaxima 1g c/6h, ceftriaxona

Pleuritis, derrame pleural y empiema.

Pleuritis: Inflamación de pleuras acompañada de derrame pleural paraneumónico.

seca o plástica:

- Infección bacteriana o vírica
- limita la pleura visceral (aparición de líquido seroso amarillo y adherencias)

Clinica y exploración:

- * Dolor pleurítico (aumentar respirar) dolor pared torácica (hombro o espalda)
- * Roca inspiratorio y espiratorio rudo
- * Migalidez a la percusión.

Serofibrinoso:

- exudado fibrinoso (seroso pleural) seroso (cavidad pleural)
- Inf. pulmonar enf. Infeccioso del abdomen o mediastino o tejido conectivo

Diagnóstico: Radiografía (opacidad difusa en la superficie pleural). TAC y Ecografía (positiva)

Diagnóstico:

Rx
toracocentesis

Clinica y Exploración:

- Síntomas de pleuritis seca
- Derrame pleural: Tos, disnea, tiraje, taquipnea, ortopnea y edema (Vol. grande)
- Percusión mate o plana. Ruidos respiratorios (ausente o disminuidos), disminución del fremito táctil mediastino se
- aledo del lado afectado
- Lactantes: respiración bronquial

Empiema:

- Acumulación de pus
- Más frecuente en lactantes y niños en edad preescolar

Clinica

- neumonía bacteriana, fiebre, aumento del trabajo respiratorio o dificultad respiratoria.

--	--	--	--

1. Fase exudativa (Inicial) Agua + proteínas.
2. Fase fibrinopurulenta (Complicada) Bacterias
3. Fase de organización fibroblastos.

- Diagnostico**
- Rx (derrame) cambios de postura
 - Ecografía
 - TAC
 - Tinción de Gram

- Complicaciones:**
- Fístulas bronco pleurales y pionesumotórax.
 - Pericarditis purulenta, abscesos pulmonares, peritonitis por extensión a través del diafragma y osteomielitis costal.
 - Meningitis, artritis y osteomielitis
 - Leucocemia en los Inf por H1. Influenza y neumococo.
 - El derrame puede organizarse y formar una "corteza" gruesa que puede restringir la expansión pulmonar y asociarse a fiebre persistente y escoliosis transitoria.

- Tratamiento:** tratar a nf base
- * Antibióticos sistémicos y toracocentesis y el drenaje con tubo de tórax inicialmente con un fibrinolítico, VATs.
 - * Decorticación abierta.

- Agregar *curseos light*.

Característica	Trasudado	Exudado
Aspecto	Seroso	Turbio
Rec. leucocitario	$< 10.000/mm^3$	$> 50.000/mm^3$
pH	$> 7,2$	$< 7,2$
Proteínas	$< 3,0 g/dl$	$> 3,0 g/dl$
Cociente de proteínas el líquido pleural/ Suero	$< 0,5$	$> 0,5$
LDH	$< 200 u/l$	$> 200 u/l$
Cociente de LDH en líquido pleural/ Suero	$< 0,6$	$> 0,6$
Glucosa	$> 60 mg/dl$	$< 60 mg/dl$

Neumotórax

Neumomediastino

Neumotórax es la acumulación de aire extrapulmonar en el interior del tórax, la mayoría de veces por una fuga aérea desde el interior del pulmón.

Manifestaciones clínicas

- Disnea • Dolor torácico • cianosis
- Tiraje • ↓ de los ruidos respiratorios
- percusión timpánica sobre el hemitórax afectado • laringe, tráquea y corazón desplazados

Diagnóstico

- Radiografía
- TAC

Tratamiento

- Adm. de oxígeno al 100%
- Toracotomía cerrada
- Drenaje del aire atrapado
- Doxiciclina o pivolidona yodada
- Toracotomía abierta
- VATS

Patología

Efecto Macklin, después de la ruptura alveolar intrapulmonar el aire disecciona las láminas pleurales y otros planos de tejidos blandos hacia el hilio siguiendo el gradiente de presión y entra en el mediastino.

Etiología

Espontáneo

Idiopático primario
(sin neopatía subyacente)
Ruptura espontánea de ampollas subpleurales secundario (neopatía subyacente)

Neopatía congénita,
Enf. asociadas adenomatoides quísticas congénitas,
Enf. asociadas a aumento de la presión intratorácica
Infección, neopatía difusa

Traumático

No iatrogénico
Iatrogénico

Neumomediastino

La presencia de aire o gas en el mediastino.

etiología

- Espontáneo primario - sin causa sub.
secundario - con causa sub.
Infe. vías respiratorias, asma...
- Traumático

Manifestaciones clínicas

- Disnea • Dolor torácico • Globo faríngeo
- Dolor abdominal • Tos • Tirantez torácica
- Hinchazón facial • Atragantamiento
- Taquipnea • Fiebre • Estridor y dolor faríngeo • signo de Hamman.

Pruebas de laboratorio

- Radiografía de tórax → presencia de aire en el mediastino con un borde cardíaco más evidente de lo normal, "signo de la vela de globo" o "signo del ala de ángel".
- TAC.

Tratamiento

- Pruebas para detectar coma.
- Analgésicos
- Adm. de oxígeno suplementario.
- Traqueotomía.