

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

MATERIA:

Clínica Pediátrica

DOCENTE:

Dra. Morales Moreno Karen Alejandra

ALUMNA:

Espinosa Alfonso Margarita Del Carmen

SEMESTRE Y GRUPO: EDUCAR

7º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas 02 de Junio de 2023

TITULO Espinosa Alfonso Margarita.

FECHA

Tabaquismo y contaminación ambiental

- Exposición a irritantes ambientales, como el humo del tabaco o la contaminación amb.
- La proximidad al tráfico de vehículos a motor es un origen importante de estos conta.
- Prevención de Bronquiolitis Aguda
- Una higiene de manos metcbusa es mejor medida para prevenir la transmisión de los virus responsables de bronquiolitis.

Fisiopatología General de las Sibilancias en el lactante

- Producción de un sonido musical y continuo que se origina en las vías aéreas estrechas.
- El flujo de aire depende del tamaño de las vías aéreas y la distensibilidad del pulmón del lactante.

Diagnostico diferencial de Sibilancias en lactante.

- Virica
- VRS
- Metaneumovirus
- Parainfluenza
- Adenovirus
- Rocavirus
- Otros
- Chlamydia trachomatis - Asmt
- Tuberculosis
- Papilomatosis

Sibilancias, Bronquiolitis y Bronquitis

Bronquitis Crónica

Es un trast. bien conocido en los adultos y se define formalmente como la aparición de tos productiva durante 3 meses o más.

Tratam. Bronquitis

- Aliviar los sg y sm, pero tamb. incrementa el riesgo de sobre infección y de espesamiento de secreciones.

Diagnostico diferencial Bronquitis

- Asma
- Displasia broncopulmonar
- Fibrosis quística
- Cardiopatía congestiva
- Alergia
- Sinusitis
- Tuberculosis
- Mycoplasma pneumoniae.

Bronquitis

- Rinitis. Inflamación bronquial inespecifica y aparece multiples enf. infantiles.
- Sx virico caracterizado por la tos = principal

Manifestaciones Bronquitis

- ten invierno
- Fiebre y malestar
- El epitelio traqueobronquial puede sufrir un daño y una hipersensibilización importantes que originan las prelam gada del 1-3 sem. Permana y secreta purulento.

Fact. Bronquiolitis A.

- Varones
- Lactantes dispuestos a humo
- Macimiento
- Asma

Tx Bronquiolitis Aguda

- Hospitalización: Hipoxia, imposibilidad de alimen. apnea, taquiea extrema
- Adm oxígeno - Alto flujo
- Ventilación con presión pos. sobra hipertónica 3-1.

Bronquitis aguda

- Cuadro clínico producido por diferentes infecciones víricas del tracto respiratorio inferior.
- Habozgos respiratorio.
- Taquipnea
- Sibilancias
- Roncus

Inflam. de las vías aéreas. + común - Largo de edad y otros extienden hasta 2 años o t.

Fisiopatología Bronquitis Aguda

- Caracterizada por obstrucción bronquial por edema, moco y restos celulares.
- La hipoxemia es la consecuencia del desequilibrio ventilación-perfusión

Etiología Bronquitis Aguda

- VRS
- Metaneumovirus humano
- Rinovirus
- Virus para influenza
- Rocavirus
- Adenovirus

Cuadro clínico Bronquitis A.

- 0-2 días: Rinorrea, Con Fiebre o sin, Tos persistente, ↑ trab. resp.
- 8-10 días: Dif. para alimentarse
- Retracción gradual de los sim. sup.
- Reaparición de fiebre en fases tardías de evol. 11-22 días

Espinosa Alfonso Margarita del Carmen



Tratamiento

• Inicio Amoxicilina (45mg/kg/día 2 dosis)
sinusitis aguda no complicada.

Tx alternativo: Azitromicina o claritromicina

• Niños mayores altern.
Grave adm. dosis elevadas aciclovir
lamox. (80-90mg/kg/día).

Existen 2 tipos

1- Virica: El resfriado común produce una rinosinusitis.

2- Bacteriana

Diagnostico

• Cultivo de aspirado de los senos:
Es único método exacto para Dx.

• Endoscopia rigida nasal: Es menos
invasivo para obtener mate-
rial del seno para el cultivo

Etiologia

S. pneumoniae 30% - Resistente a penic.
H. Influenza e 20% - Produ. Betalactame
Moraxella Catarrhalis 20% - 100%

SINUSITIS

Manifestaciones

Congestión nasal (3 días o +)

Rinorrea purulenta

Fiebre > 39°C

Tos > 10 días sin mejoría

Halitosis

Hiposmia

Edema periorbitario

- común

Patogenia

Las bacterias que entran suelen
eliminarse con rapidez, pero
la inflamación y el edema
que se produce por la rinosi-
nusitis pueden:

• Bloquear el drenaje en
los senos y alteran la depura-
ción mucociliar.

Otros trastornos

Infección virica de vías resp. supe-
riores.

Rinitis alérgica

Exposición al humo del tabaco.

Periodo de incubación

Aguda: < 30 días

Subaguda: 1-3 meses

Crónica > 3 meses

Crónica / Recurrente

- Inmunodeficiencia (Producción
de IgA y IgG)

- Fibrosis quística

- Difusión mucociliar - cuerpos
extranasales nasales

- Trastorno nasales

- Polipos nasales

- Abuso de cocaína

Complicaciones

• Absceso epidural

• Meningitis

• Trombosis del seno cavernoso

• Empiema subdural

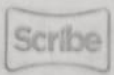
TC en orbitaria y los
senos.

↓
Consulta otorrinolarin-
gólogo.

• Celulitis orbitaria y
periorbitaria.

↳ Entumescencia y tumefacción de los tejidos
que rodean al globo ocular.

Proptosis
quemosis
↓ de la agudeza
visual
Diplopía
Trastornos de los
mov. oculares
Dolor oculares





Tema 4

FECHA 18-Mayo-2023

Tratamiento Adrenalino - La inflamación que afecta a las cuerdas vocales y alas estructuras inferiores a las mismas se le denominan laringitis, laringotraqueítis, o laringotraqueobronquitis y la inflamación de las estructuras proximales a las cuerdas se llama supraglotis.

Crup: moderado Epiglotitis -> frínca, también grave.

Dosis q 25-0,75ml de Epiadrenalina racémica al 2,25% diluida en 3ml de salino normal c/frec. hasta 20min.

Corticoides orales.

D.U. dexametazona.

Epiglottitis: Ceftriaxona.
 Profilaxis: Rifampicina.

Complicaciones
 Traqueítis Bact.
 Proceso infeccioso +

Afectación de otras regiones

- Oído medio
- Bronquios terminales
- Parenquima pulmonar.

OBSTRUCCIÓN INFLAMATORIA AGUDA DE LAS VÍAS SUPERIORES (CRUP, EPIGLOTTITIS, LARINGITIS Y TRAQUEÍTIS BACTERIANA)

Epiglottitis: Neumococo, Infadenitis cervical, otitis media +

Diagnóstico diferencial

La traqueítis bacteriana es el principal Dx diferencial y se asocia a riesgo ↑ de la obstr. resp.

El Crup y sarampión son casi siempre coincide con las manifestaciones típicas de la enf. sistémica y su evolución puede ser fulminante.

Etiología

- Paragripales 75% de los casos
- Virus gripales A (laringotraqueobronquitis graves) y B
- Adenovirus
- VRS
- Virus de Sarampión.

- En Px con Crup.
- Tienen 3 meses - 5 años, con una incidencia máx.
- en el segundo año de vida finales de otoño y primavera

Px con crup recurrente. Tiene que ser ≥ 2 veces episódios similares a Crup.

Epiglottitis aguda con Rx no curados.

- Haemophilus influenzae tipo B
- En niños vacunados:
- S. pneumoniae - 2 años
- S. pyogenes
- S. aureus.

Manifestaciones clínicas

- * **Crup:**
 - Rinorrea
 - Tos leve
 - Faringitis
 - Febrecilla durante 1-3 días
 - Estrido insp.
 - Tos pernocturna roncquera
 - Síntomas aparecen en la noche
 - Agitación
 - llanto
 - cénica
 - voz ronca
 - Temp 39-40°C.

Exploración física.

- * **Epiglottitis aguda:** Evolución aguda
 - Rapidamente agresivo
 - Fiebre elevada
 - Disnea
 - Dolor de garganta
 - Obstrucción resp.
 - Efg del pulmón en Rx.

- * **Laringitis infecciosa aguda:**
 - Dolor de garganta
 - Ronquera
 - Tos
 - obstr. a nivel subglótico

- * **Crup espasmódico:**
 - Afecta 1-3 años
 - Forma súbita
 - Tos metálica
 - Dific. resp. → fisiosoy auscultado
 - Disfonia ligera

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Prevención

- La vacuna antigripal también puede prevenir los ingresos hospitalarios por neumonía en niños, y debe administrarse a todos los niños 6 meses de edad

Complicaciones

- Meningitis, endocarditis, artritis supurativa y osteomielitis
- * Derrame paraneumónico o empiema
- * Derrame pleural

Es la inflamación del parénquima pulmonar

Tratamiento

- **Tratamiento:** sin ingreso se recomienda amoxicilina. Alternativa cefuroxima y amoxicilina/ácido clavulánico.
- **Adolescentes:** Fluoroquinolonas resp. (levofloxacino, moxifloxacino) (5-7 días)
- **Hospitalización:** sospecha de origen bacteriano. Ampicilina o penicilina G / ceftriaxona / cefotaxima

Diagnóstico

• Radiografía → identificación de complicaciones como derrame pleural o empiema.

= Neum. vírica se caracteriza por una hiperinsuflación con infiltrados intersticiales bilaterales y engrosamiento peribronquiales.

= Neum. bacteriana: causa consolidación lobar confluyente.

• Ecografía portátil: Es más sensible y específico determina las consolidaciones pulmonares y el broncograma aéreo o derrame.

Laboratorios

- Vírica Linf. < 20.000 c/mm³
- Bacterianas: 15.000 y 40.000 c/mm³

PCR: cultivo negativo.

↑ Vírico / Tecn. Serológica • Procalcitonina

Por dilatación gástrica por el aire que el niño traga por un biberón

Epidemiología

Es la principal causa infecciosa de muerte en todo el mundo en niños menores de 5 años.

Etiología

Ne infecciosa

- Aspiración (de alimentos o ácido gástrico, cuerpos extraños, hidrocarburos)
- Reacciones de hipersensibilidad
- Neumonitis inducida por fármaco
- Radiación

Infecciosa

- Bacterias
 - S. pneumoniae (3-20 años)
 - M. pneumoniae y chlamydia > 5 años
 - S. pyogenes y S. aureus
 - M. tuberculosis.
- Virales
 - VRS (2 años)
 - V. parainfluenza (RIP)
 - Bronquitis y neumonías.

Patogenia

Se debe a alto alt. de defensas de la vía aérea inferior (patógenos, comunidades microbianas residentes y las defensas inmunitarias).

- Neumonía vírica: Hay una lesión directa del epitelio resp. lo que produce obstrucción de la vía aérea por proliferación.
- Neumonía bacteriana: colonización bacteriana descendente. Después de una bacteremia, por siembra directa.

→ La neumonía recurrente se define como 2 o más episodios en un único año o 3 o más en cualquier momento

Cuadro clínico

- = Neumonía vírica:
 - Fiebre (↑ que el de bacteriana)
 - Taquipnea + frec.
 - Utilización de músculo accesorio
 - Infección grave → cianosis y letargo en lactantes.
 - Crepitantes y sibilancias.

Neumonía bacteriana.

- Empieza súbitamente con ↑ fiebre, tos y dolor torácico.
- hepatomegalia
- otros síntomas
 - Somnolencia
 - Periodos intermitentes de inquietud
 - Resp. rápidas
 - Ansiedad
 - Trás. confusional (en ocasiones).

Taquipnea ← Criterios de gravedad
Disnea → Estridor

RESFRÍADO COMÚN

Tratamiento

Sintomático

- Hidratación oral
- Sol. salina nasal tónica
- AINES (Paracetamol, ibuprofeno)
- Antihistamínicos (Desloratadina >1 año)
- A >2 años → Loratadina

Antivirico

Infección vírica aguda del tracto resp. sup. que cursa con rinores.

Complicaciones

- Otitis media aguda 5-30%
- Sinusitis 5-13%

Diagnóstico diferencial

- Rinitis alérgica
- Rinitis vasomotora
- Sinusitis

Diagnóstico

- clínico
- Pruebas de Lab.
- ★ Tinción de Hansel

Patogenia

- Contacto directo con manos
- Inhalación de aerosoles de partículas pequeñas transportadas por el aire.
- Asociada a respuesta inflamatoria aguda caracterizada.

Etiología

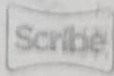
- Rinovirus humano
- Virus resp. sincital
- Virus parainfluenziales

Epidemiología

- ★ Máxima incidencia otoño y final de primavera
- ★ Los niños presentan 6-8 resfriados cada año.

Manifestaciones clínicas

- Lactante:
 - Fiebre
 - Secreción nasal
 - Dolor "Picor" en la garganta
- Rinorrea
- Obstrucción nasal.
- Tos
- Cefalea
- Ronquera





TITULO

FECHA

Tratamiento neumotorax

- Neumotorax peque. con asma es el oxigeno 100%
- Analgesicos.
- Aspiración con aguja
- Toracotomía cerrada.

Pruebas de laboratorio neumoto.

• Rayos X:

Dx diferencial neumotorax

- Fibrosis quística
- S. de dific. Resp.

Manifestaciones neumotorax.

Es de inicio súbito.
Gravedad de los sm según la magnitud.

- Disnea - Dif-resp. con tiraje
- Dolor abd. - Mareada ↓ ruidos resp.
- Cianosis

Patogenia neumotorax

Es espontaneo y congénito.

- Quiste broncogénicos
- Hipoplasia pulmonar
- Síndrome de Birt-Hogg-Robe
- Traumático
 - Penetración
 - Cerrado
 - Toracotomía
 - Toracostomía
 - Toracostomía
 - Traqueotomía

• Neumotorax iatrogénico - Complica. de aspiración transtorácica con aguja, traqueotomía colocación de catéter.

• Neumotorax catamenial: Enf. infrec. la relación con la menstruación

Neumotórax

Acumulación de aire extra-pulm. en el interior del tórax.
La mayoría de las veces por una fuga aérea desde el interior del pulmón

Tx neumomediastino

- Analgesico: Por dolor tórácico evitar levantar peso y maniobra Valsalva
- Adm de oxigeno.

Neumomediastino

Producido por ruptura alveolar, por causa espontánea o traumática.

- 1º ↑ de la presión intratorácica
- 2º - Niño < 7 años infecciones de vías resp. ↓ y agudización asmática.

Poco habitual que tengan un neumotorax otras causas son:

- * Anorexia nerviosa
- * Menstruación
- * Diabetes mellitus con cetosis

Neumomediastino.

Patogenia: De acuerdo con el efecto Macklin, después de la rotura alveolar intrapulmonar. El aire diseca las lamina perivascular y otros planos de tejido blandos hacia el hilio siguiendo el gradiente de presión, y entra al mediastino.

Manifestaciones clínicas neumomediastino

- Disnea
- Dolor Torácico en puntalada
- ↳ Trastorno que puede afectar hacia el cuello son los primeros síntomas.

Otros síntomas:

- Tos
- Tiranteje abd.
- Globo faríngeo
- Tumoración facial
- Tachicardia
- Estridor
- Fiebre

Pruebas de laboratorio neumomediastino

Rx: muestra presencia de aire mediastino con borde cardiaco más evidente de lo normal.

Sg. de la veta de globo o Sg de ala de angel, se produce cuando el aire desvía el tino hacia ↑ y hacia afuera.

TAC del tórax.

Complicaciones neumomediastino.

- * Detenore cardiovascular
- * Neumotorax en px RN.



Espinosa Alfonso Margarita.

- Al rsg pleural se escucha como una chamarra de piel

Inflamación pleural acompaña derrame pleural paraneumónico.

Tratamiento

- Antibiótico, sistémico y toracocentesis y drenaje con un tubo de tórax inicialmente con fibrinolítico.

Complicaciones

- Frec. se producen fistulas hemopleurales y plonemotórax.
- Escabiosis transitoria

Diagnostico

- Radiografía
- Ecografía
- Indica presencia de líquido fibrinoso, se ven mejor en TAC

Pleuritis seca (plástica), puede asociarse a una infección pulmonar aguda bacteriana o vírica o producirse en curso de una infección aguda del tracto respiratorio superior.

Manifestaciones clínicas.

- Dolor → Empeora con las resp. profundas
- Tos con esfuerzo
- Dolor sordo - frec. que vane con las resp
- Fase temp. → Se escucha un roce inspiratorio y espiratorio rudo.
- La pleuritis crónica → Esta asociada con otras enf. (atelectasia, absceso pulmonar, enf. del tgo conectivo y tuberculosis)

PLEURITIS SEROFIBRINOSA O SEROSANGUINOLENTA CON DERRAME PLEURAL

Pruebas de Laboratorio PLEURAL

- Radiografía
- TAC

Dx diferencial Pleuritis

- Pleurodinia epidémica
- Traum. de la pared costal
- Lesiones de ganglios de raíz vertebral
- Enf. vesícula biliar.

Tratamiento Pleuritis

- Neumonía → No está indicado la inmovilización del tórax con un tubo, ni tratamiento farmacológico
- Sin Neumonía → Aliviar el dolor inmovilizando el tórax con cinta para limitar su expansión
- Analgesia antiinflamatoria o esteroides.

Evolución de la Pleur. Ser.

Pleuritis serofibrinosa: Presencia de un exudado fibrinoso en la superficie pleural y un derrame exudativo de líquido seroso en enf. inflamatorias.

Manifestaciones

- Son los de una neumonía bacteriana
- Fiebre
- ↑ del trabajo resp.
- Dificultad resp.

Empiema: Es una acumulación de pus en el espacio pleural.

Se puede asociar de neumonía, causada por S. pneumoniae.

Epidemiología Empiema

+ frec. en lactantes y niños en edad preescolar. Incidencia del derrame paraneumónico ha aumentado.

Fases	Exudativa (inicial)	Agua/proteínas
	Fase fibrino purulenta	Bacteria
	Fase de organización	Fibrinógenos

Pruebas de laboratorio

- Radiografía
- Exudado
- Ecografía (toracocentesis)

Manifestaciones.

Esta precedida por una pleuritis de tipo seco, los síntomas y eg. iniciales pueden ser los de pleuritis seca

- Los hallazgos físicos dependen del vol. del derrame. La percusión puede ser mate o plana.

Patogenia Pleur. Serofibrinosa

- Se origina en los capilares de la pleura parietal y es absorbido del espacio pleural por los estromas pleurales y los vasos linfáticos de la pleura parietal



TITULO Espinosa Alfonso Margarita Del Carmen

Tarea
FECHA 17 - Mayo - 2023

Sus síntomas
Aparecen gradualmente
de donde del microor-
ganismo causante.

Se refiere a inflamación de la
faringe y puede producir:
• Eritema grupos puntiformes
• Edema
• Exudado (úlcera, vesículas)
• Enantera (vesículas)

La inflamación faríngea se puede relacionar con:
• Exposición a f. ambientales (humo tabaco, contaminación y alérgicos)
• Contacto con sustancias cáusticas y alimentos/líquidos calientes.
• Microorganismo infeccioso.

FARINGITIS

Faringe y laboca pueden estar alt. en Enf.
Síndrome de fiebre periódica
Es traumatis-aflosa
Faringitis y adenitis?
Enf. de kawasaki
Enf. inflamatoria intestinal

Tratamiento

- Antipirético / Analgésico
- Penicilinas
- Cefalosporinas

Falta tratamiento

Diagnostico

- ✓ Escala de centor (Identificar la faringitis) modificada
- ✓ Cultivo faríngeo
- ✓ PDRA
- ✓ Prueba molecular

Microorganismo que produce:

- Adenovirus
- Coronavirus
- Citomegalovirus
- V. Epstein Barr
- Enterovirus
- V. Herpes Simple
- VIH
- V. Sarampión
- S. grupo A +
- Arcanobacterium
- Haemolyticum
- Fusobacterium
- Neisseria
- Corynebacterium
- E. del grupo C/G
- Chlamydia

Estreptococo del grupo A

- Infrecuente < 2-3 años
- + frecuente 5-15 años
- 15-30% de la faringitis en niños en la edad escolar.

Complicaciones

- Infec. Bacterianas de oído medio
- Sinusitis bacteriana
- Abscesos para faríngeo
- Enf. No supurativas posteriores

Periodo de incubación

- Dolor de garganta intenso
- Fiebre
- Faringe enrojecida
- Amígdalas ↑ de tamaño
- Cubiertas por exudado blanco, grisáceo
- Puede haber petequias o lesiones coecales
- Cefalea
- Vómito
- Dolor abdominal
- Línea de posteo

Dream like THERE'S NO tomorrow } Da diferencial.

