

MATERIA:
Clínica Pediátrica

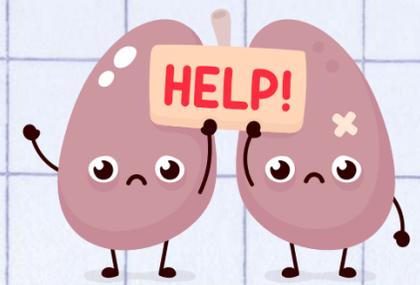
NOMBRE DEL TRABAJO:
"Flashcard"

ALUMNA:
Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"
GRADO: "7"

DOCENTE:
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

NEUMONÍA

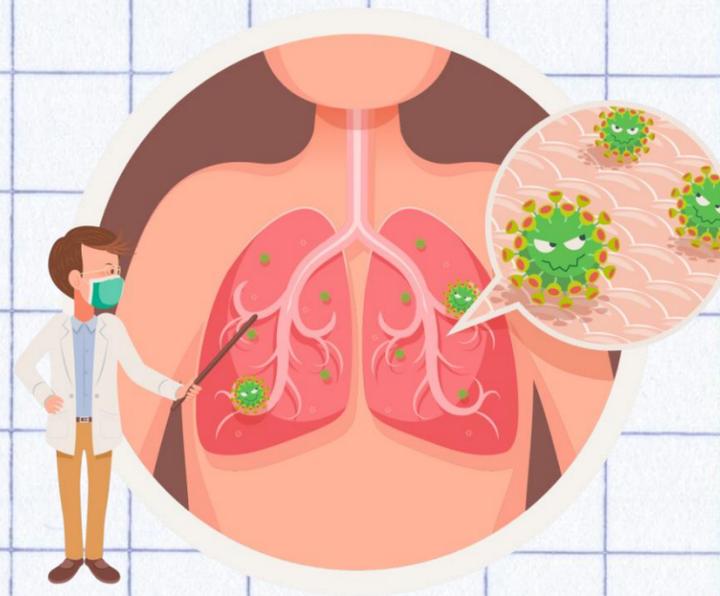


Infección aguda que afecta el parénquima pulmonar y se caracteriza por presentar fiebre junto con cuadro respiratorio y alteraciones en la radiografía (condensación o infiltrados)

Epidemiología

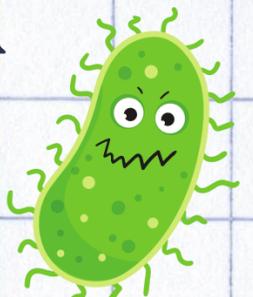
- Niños 1-5 años

Clínica



Etiología

- <3 semanas: *S. agalactiae*
- 3 semanas- 3 meses: *C. trachomatis*
- 3 meses- 4 años: Virus respiratorios
- 5- 15 años: *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*



TÍPICA:

- Fiebre alta brusca
- Tos con esputo purulento
- Afectación al estado general
- Dolor torácico pleurítico

ATÍPICA:

- EVOLUCIÓN LENTA
- Catarro
- Febrícula
- Tos seca irritativa
- Dificultad respiratoria



Diagnóstico

1. Cuadro clínico
2. Radiografía de tórax: Condensación lobar (típica), patrón intersticial difuso (atípica)



Tratamiento

NEUMONÍA TÍPICA

- Ingreso: ampicilina IV (150-200 mg/kg/día)
- No ingreso: Amoxicilina oral dosis alta (80-100 mg/kg/día)
- No vacunado vs H. influenzae tipo B: amoxicilina-clavulánico IV u oral
- Con derrame pleural: Cefotaxima IV (100-150 mg/kg/día)

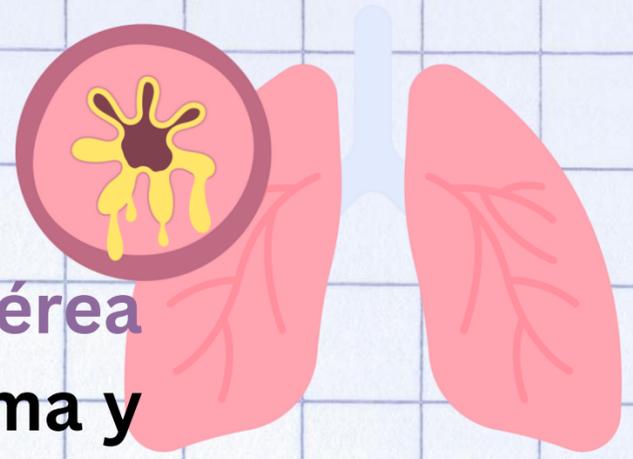
NEUMONÍA ATÍPICA

- <3 años: Sospecha de virus (sintomatológico), en caso de duda se trata como típica
- >3 años: macrólido oral o IV



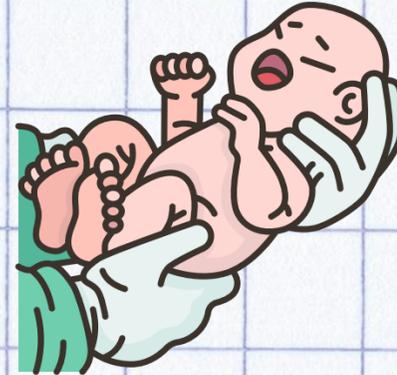
BRONQUIOLITIS AGUDA

Enfermedad respiratoria aguda de etiología viral que afecta a la vía aérea pequeña, en particular los bronquiolos caracterizada por inflamación, edema y necrosis de las células epiteliales con aumento de la producción de moco y broncoespasmo.



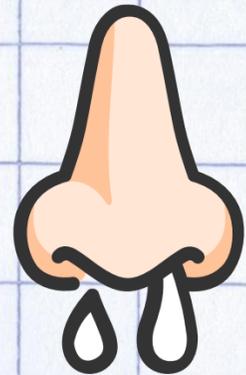
Epidemiología y factor de riesgo

- Edad < 6 meses
- Ausencia de alimentación de senomaterno
- Asistencia a centros de cuidado infantil



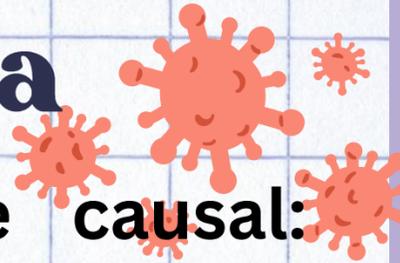
Clínica

- Rinorrea hialina
- Tos
- Inflamación faríngea
- Sibilancias



Etiología

Principal agente causal:
Virus sincitial respiratorio (VSR)



Diagnóstico

1. Cuadro clínico (Etiología: prueba virológica rápida)

2. En la exploración física se encuentran diversos grados de dificultad respiratoria:

- Taquipnea, retracciones intercostales, subcostales y esternales graves.
- Los episodios notables pueden presentar cianosis.
- El hallazgo más característico es la presencia de sibilancias a la auscultación del tórax.

3. Radiografía

- Atelectasias o áreas de neumonitis viral (parte de presentación)



Tratamiento



1. De sostén.

2. Cantidad adecuada de líquidos, VO o IV, si presenta datos importantes de dificultad respiratoria.

3. Uso de oxígeno cuando la saturación de oxígeno por oximetría de pulso es menor al 90%.

ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS



Aumento súbito de emisión de heces 24 horas, con cambios en consistencia (líquida o semilíquida) acompañada o no de vómito.

- Se autolimita de 3-7 días

DISENTÉRICA

- **Sangre en heces**
- **Duración 5-14 días**
- **Fisiopatología** Inflamación e invasión de enterocitos a nivel del colon
- **MO** *Shigella spp*, *E. coli enteroinvasiva*
- **+ fiebre, tenesmo y dolor abdominal**

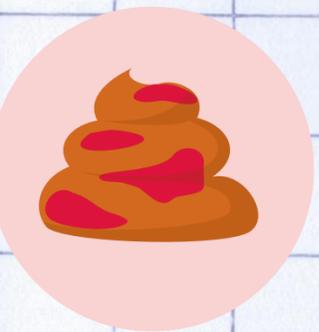


ACUOSA

- + frecuente
- **Líquida y abundante**
- **Duración 1-3 días**
- **Fisiopatología** daño en vellosidades intestinales
- **MO** *Vibrio cholerae*, *E. coli*, rotavirus

PERSISTENTE

- **Con moco/ ligas**
- **Duración >2 - <4 semanas**
- **No infecciosa** Alergia a leche
- **Infecciosa** Parásitos
- **Fisiopatología** Depende etiología

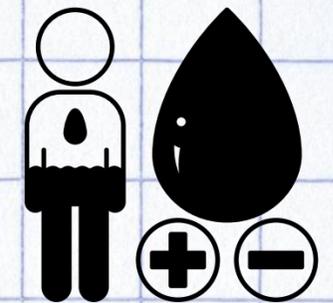


TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- VSO
- Valoración clínica cada hora

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Ondansetron dosis única en vómito y deshidratación leve
- Racecadotril: antidiarreico
- Zinc >6 meses
- ATB en caso de: sangre, moco, duración >7 días, sepsis, inmunocompromiso ó MO específico



MÉTODO DHAKA

DIAGNÓSTICO

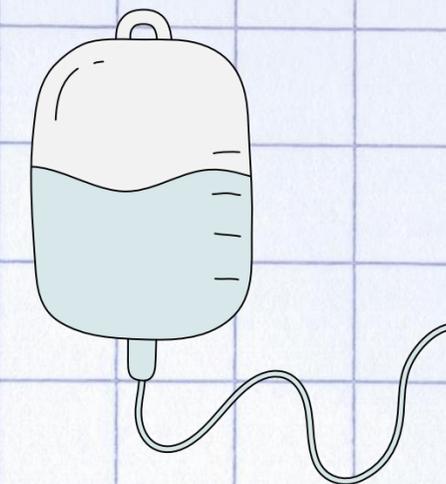
Estado de hidratación

Clínico: Electrolitos séricos, NA, K, Cl



ESTADO DE HIDRATACIÓN	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
Sin deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Alerta • Ojos normales • Boca y lengua húmedas • Respiración normal • Sed normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Elasticidad de la piel normal • Pulso normal • Llenado capilar <2 segundos • Fontanela normal (lactantes) <p>PLAN A ABC manejo en el hogar</p>
Con deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Inquieto o irritable • Ojos hundidos, sin lágrimas • Boca y lengua secas, saliva espesa • Respiración rápida • Sed aumentada, bebe con avidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Elasticidad ≥ 2 segundos • Pulso normal • Llenado capilar <2 segundos • Fontanela normal (lactantes) <p>PLAN B Terapia de hidratación oral</p>
Choque hipovolémico	<ul style="list-style-type: none"> • Estado general consciente o hipotónico • No puede beber 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso débil o ausente • Llenado capilar >2 segundos <p>PLAN C Terapia intravenosa</p>

PLAN DE HIDRATACIÓN



A

NIÑO SIN DESHIDRATACIÓN CLÍNICA

< 1 año: 75 ml VSO

>1 año: 150 ml de VSO

B

DESHIDRATACIÓN LEVE O MODERADA

100 ml x kg de peso en 8 tomas cada 30 minutos

C

DESHIDRATACIÓN GRAVE (CHOQUE HIPOVOLÉMICO)

60 ml X kg de peso la primera hora en 3 dosis cada 20 minutos

25 ml x kg 2da hora

25 ml x kg 3era hora

Solución ringer lactato

Revalorar cada 20 minutos

BIBLIOGRAFIA

- MANUELES CTO: Pediatría (6ta edición). (s. f.).

