



**Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana
Campus Comitán**



Flashcards

Materia: Clínica de Pediatría

Grado: 7°

Grupo: "A"

**Nombre del Alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

Nombre del docente: Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de octubre de 2024.

NEUMONÍA

Es la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo.

1. Factores de Riesgo

- Desnutrición
- Bajo peso al nacer
- Ausencia de lactancia materna
- Hacinamiento
- Esquema de vacunación incompleto
- Asistencia a guardería
- Humo de tabaco



2. Etiología

EDAD	AGENTE
0-3 meses	- 7 días: Streptococo Agalactiae (Grupo B) + 7 días: Streptococo Pneumoniae
3 m- 5 a	-2 años: Virus Sincitial Respiratorio +2 años: Streptococo Pneumoniae
+ 5 años	+5 años: Mycoplasma Pneumoniae, Streptococo Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae

4. Diagnóstico

- **Clínico** ---> Fiebre, tos, taquipnea, dificultad respiratoria, estertores.
- **Rx de Tórax** ---> Parches algodinosos o consolidaciones.
- **BH** ---> Leucocitosis
- **Hemocultivo**



3. Clínica

- Tos
- Rinorrea
- Polipnea
- Dificultad respiratoria
- Malestar general (fiebre, hiporexia)



5. Tratamiento

- Etiología bacteriana: Antibiótico (penicilinas ---> Amoxicilina)
- Etiología viral con influenza: Osetamivir, Zanamivir
- Etiología viral sin influenza: Sintomático

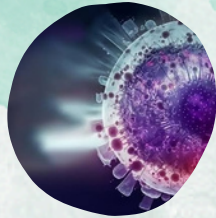


BRONQUIOLITIS

Enfermedad de vías respiratorias bajas, caracterizada por inflamación, edema y necrosis de células epiteliales, con aumento de la producción de moco y broncoespasmo.

1. Etiología

- Virus Sincitial Respiratorio 70-80%
- Rinovirus
- Adenovirus
- Bocavirus
- Metapneumovirus
- Parainfluenza



2. Factores de Riesgo

- Edad <6 semanas
- Antecedentes de prematuridad
- Enfermedades de base: Cardiopatías congénitas, Displasia broncopulmonar, Fibrosis quística, Enf. neuromuscular
- Tabaquismo en el entorno
- Ausencia de lactancia materna
- Hacinamiento y pobreza
- Bajo peso al nacimiento



3. Cuadro Clínico

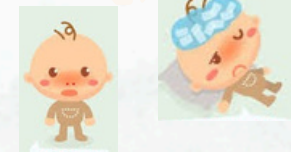
Inicialmente

- Tos
- Rinorrea
- Estornudos
- Con o sin Fiebre



Progresión (1-4 días)

- Tos persistente, seca
- Irritabilidad
- Rechazo a la alimentación



4. Diagnóstico

• Clínico

Diferenciación de la bronquiolitis de otros trastornos respiratorios

5. Tratamiento

- **Oxigenoterapia** cuando la SatO₂ es <92%
- **Solución Hipertónica 3%**
 1. Mediante nebulizaciones
 2. Periodo de 4-8 hrs
- Px con HF de atopia, asma o alergia: **Salbutamol nebulizado**
- **Palivizumab** previene cuadros severos





ENF. DIARRÉICAS AGUDAS

Diferencias



Diarrea



Aumento súbito en la emisión de heces >3 en 24 hrs y disminución de la consistencia de estas (*semilíquidas o líquidas*) acompañada o no de vómito.

Clasificación:



- **Diarrea Acuosa**
- **Diarrea Disentérica**
- **Diarrea Persistente**




Etiología y Epidemiología

- Rotavirus 70-80% 
- Salmonella y Campylobacter (primavera-verano)
- 2a causa de muerte mundial en <5 años
- 100% de todos los <5 años presentan episodio diarréico 

Factores Protectores

- Lactancia materna exclusiva
- Lavado de manos 
- Vacuna contra rotavirus 
- Manejo correcto de alimentos: Cocción, plata coloidal, cloro

Clínica

- + de 3 evacuaciones en 24 hrs.
- Disminución de la consistencia de evacuaciones
- Deshidratación
- Resolución 5-7 días
- Ojos hundidos
- Mucosas deshidratadas
- Pulso filiforme 

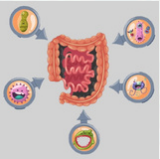
Diarrea acuosa

- Cuadro clínico + frecuente
- duración 1-3 días
- Daño en vellosidades intestinales
- Evacuaciones líquidas y abundantes
- Vibrio Cholerae, E. Coli, Rotavirus, Norovirus


Diarrea Disentérica

- Sangre en heces
- Duración 5-14 días
- Inflamación e invasión de enterocitos a nivel del colon
- Fiebre, tenesmo, dolor abdominal, vómito poco frecuente
- Shigella, E. Coli, Entamoeba Histolytica


Diarrea Persistente

- Duración de más de 2 semanas, pero menos de 4
- Etiología infecciosa o no infecciosa
- Infecciosas más frecuentes son las parasitosis
- Causa + fcte: Alergia a la proteína de la leche de vaca 

Diagnóstico

- **Clínico**
- Más importante: **Estado de Hidratación**
- Laboratoriales si hay sospecha de alteración metabólica
- Coproscópico y coprológico:
 1. Sangre, moco, pus
 2. >7 días
 3. <3 meses enfermedad grave 

Tratamiento

- **Hidratación**
- **Ondansetron** DU (vómito y deshidratación leve)
- **Racecadotril** a partir de <3 meses
- **Zinc** en <6 meses
- **ATB** en caso de moco y sangre >7 días o sepsis 

PLAN DE HIDRATACIÓN

El plan de hidratación ABC, es un conjunto de medidas para tratar la deshidratación en función de la gravedad de los síntomas.



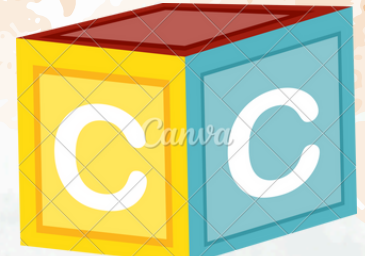
- < 1 año: 75 ml de VSO
- > 1 año: 150 ml de VSO

Después de cada evacuación o vómito



- 100 ml x Kg de peso en 8 tomas cada 30 minutos (4 hrs)

Si no tolera VO se administra con sonda



En estado de choque, vía IV

- 20 ml en bolo, si no responde se da un 2do bolo.

Niños no chocados:

- 60 ml x Kg de peso la 1a hora en 3 dosis c/20 minutos
- 25 ml x Kg de peso la 2a hora
- 25 ml x Kg de peso la 3a hora
- Solución Ringer Lactato
- Revalorar cada 20 minutos