



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**



FLAS-CARD

Angelica Gonzalez Cantinca

Séptimo Semestre

Grupo B

Clínicas Pediátricas

Dr. Miguel García Castillo

Neumonías

Infección aguda que afecta al parenquima pulmonar

Frecuencia

Niños entre 1 y 5 años



Etiología

Menores de tres semanas:

- S. agalactiae, L. monocytogenes.

3 semanas-3 meses:

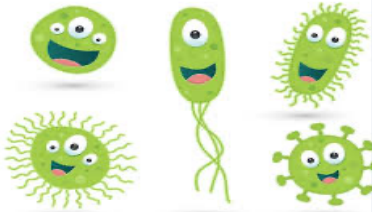
- C. trachomatis, virus respiratorios.

3 meses-4 años:

- virus respiratorios, S. pneumoniae.

5-15 años:

- M. pneumoniae, S. pneumoniae.



Clinica

N. TÍPICA

- Fiebre alta (forma brusca)
- TOS con expectoración purulenta
- Afectación estado general
- Dolor torácico de tipo pleurítico

Auscultación

- Zonas de hipoventilación
- Crepitantes focales

N. Bacteriana: agente etiología Neumococo

N. ATÍPICA

- Evolución lenta
- Carro y febrícula
- TOS seca irritativa
- Dificultad respiratoria
- Mialgias o cefalea

Virus y bacterias como Mycoplasma

Tratamiento

CRITERIOS DE GRAVEDAD

- Menor de un año
- Antecedentes personales
- No obtención de respuesta tras terapia correcta durante 48 hrs
- Gravedad en trabajo respiratorio
- Derrame pleural

neumonía típica:

Si el paciente precisa ingreso:
ampicilina i.v.
150-200 mg/kg/día
Si el paciente no precisa ingreso:
amoxicilina oral a altas dosis
80-100 mg/kg/día
Si el niño no estuviese vacunado contra H. influenzae tipo B:
amoxicilina-clavulánico i.v. u oral según precise ingreso o no.
Si tuviese derrame pleural:
cefotaxima i.v.
100-150 mg/kg/día

neumonía atípica:

Si el niño es menor de 3 años:
se sospecha origen vírico y se emplea tratamiento sintomático. En caso de duda, se tratará como una típica.
Si el niño es mayor de 3 años:
macrólido oral o i.v. dependiendo de gravedad

Diagnostico

- Clínica
- Exploración compatible (dolor torácico)
- Analítica (hemograma y reactantes de fase aguda)
- Microbiológicos (agente etiológico)
- Radiografía de torax

Típica

Condensación lobar que puede ir o no acompañada de derrame pleural (consecuencia)



Atípica

Patrones intersticiales difusos, sin condensaciones o con infiltrados parahiliares



Bronquiolitis Aguda

Primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias

Etiología

- Virus respiratorio sincitial (VRS) mayor incidencia (60-80%)
- Metapneumovirus.

OTROS AGENTES COMO

- adenovirus, parainfluenzae, influenzae, bocavirus.

Epidemiología

FUENTE DE INFECCION

- Familiar en niños mayores y adultos

Provoca

- Cuadros pseudogripales, catarrales y bronconeumonías

TRANSMISION

- Vía respiratoria o Fomites
- Brotes epidémicos en Octubre/ marzo

Fisiopatología

Obstrucción bronquial → causada → edema, acúmulo de moco y detritus celulares → Disminuye el radio de vía aérea → genera → aumento de la resistencia al paso de aire → provocará → atrapamiento aéreo por mecanismo valvular. → **Hipoxemia progresiva.**

Manifestaciones clínicas

Lactante con catarro 24-72hrs previas

- Dificultad respiratoria progresiva
- TOS seca
- Febrícula o fiebre
- Rechazo de tomas

Exploración

- Taquipneeo
- Distres →
- Cianosis



Auscultación

- Espiración alargada
- Sibilancias espiratorias
- Roncus dispersos
- Hipoventilación

Diagnostico

Clínico

- Complementarias para valorar gravedad
- Aparición de complicaciones

Radiografía de Tórax

- Hiperinsuflación y áreas dispersas de condensación/atelectasias
- En dudas diagnósticas

Detección de antígenos virales en secreciones respiratorias

- Etiología

Gasometría

- Valorar gravedad del proceso
- Dificultad respiratoria, somnolencia o Hipoxia



Tratamiento

- Hidratación y nutrición: oral y fraccionada de forma electiva; parenteral en caso de intolerancia oral, grave, dificultad respiratoria o apneas.
- Elevación de la cabecera de la cama 30° y cabeza en ligera extensión.
 - Oxigenoterapia a demanda.
- Se pauta adrenalina nebulizada: sólo en casos seleccionados en pacientes en los que se evidencia mejoría tras su primera administración.
 - En niños mayores de seis meses se puede hacer una prueba terapéutica con salbutamol inhalado, debiendo suspender su administración si no existe mejoría.
- Otras medidas: asistencia ventilatoria (convencional o no invasiva), heliox (mezcla de helio y oxígeno).

Enfermedades Diarreicas Agudas

Aumento súbito en la emisión de heces (> 3 en 24 hrs) y disminución de la consistencia de estas (Semilíquidas o líquidas) que puede o no estar acompañada de vomito. Normalmente se autilimita en a 3 - 7 días



Epidemiología

- 88% relacionado con saneamiento deficiente y falta de agua potable
- Primavera verano
- Segunda causa de muerte mundial en <5 años

Etiología

- Rotavirus 70-80%

Menor frecuencia

- Salmonella
- Campylobacter

Factores

Protectores

- Lactancia materna exclusiva primeros 6 meses de vida
- Lavado de manos
- Vacuna contra rotavirus
- Manejo correcto de alimentos



DIARREA ACUOSA

- Más frecuente
- Duración menor a tres días
- Se presenta diarrea, vómito, dolor más fiebre

Tipos

DIARREA DISENTERICA

- +/- 14 días
- Sangre
- Tenesmo
- Dolor

DIARREA PERSISTENTE

- 2 a 4 semanas
- Parásitos
- Otras patologías

Clinica

- Náuseas
- Vómito
- Cólico abdominal
- Fiebre
- Deshidratación

EXPLORACION

- Estado general
- Ojos
- Mucosas
- Turgencia
- Pulsos
- Llenado capilar

Diagnostico

Estado de hidratación

Clinico

Laboratorio

- Alteración hidroeléctrica o metabólica

Coprospectico/coprológico

- Sangre, moco o pues
- Mayor a siete días
- Menor a tres meses

Método DHAHA

- Sin deshidratación → Plan A (ABC manejo en hogar)
- Con deshidratación → Plan B (hidratación oral)
- Choque hipovolemico → Plan C (intravenosa)

Tratamiento

Deshidratación con % corporal perdido
 Leve: menor a cinco%
 Moderada: cinco al diez% (deshidratación clínica)
 Severa: mayor a diez% (choque)

no usar antibióticos (Solo si es necesario)

Azitromicina o ciprofloxacino, shigela, yersenia, campylobacter, E. coli, Metronidazole, Clostridium

FARMACOLOGICO

- Ondansetron → disminuir síntomas de náuseas y vómito
- Racecadotril → Diarrea aguda
- Zinc → Reducción de la duración, número de evacuaciones, reducción d vómito
- Plátano verde → Disminuye la duración y reduce número de hospitalizaciones
- Lactobacilos → Saccharomyces boulardii y lactobacillus



Plan de hidratación

conjunto de conductas y medidas a seguir cuya finalidad es restablecer y mantener el equilibrio hidroelectrolítico de un individuo.

A

Menor a 1 año

750 ml de vida suero oral

Mayor de 1 año

150 ml de vida suero oral

Después de cada evacuación

- Observar por 2 horas

- Observar 4 horas

3 vómitos por hora, 10 evacuaciones en

24 horas

¿Cómo se prepara el Vida Suero Oral?

- Lávate las manos con agua y jabón.
- Hierve un litro de agua durante 3 minutos a partir del primer hervor, deja enfriar, si no la puedes hervir agrega dos gotas de cloro por cada litro de agua y deja reposar 30 minutos.
- Medir un litro del agua hervida o clorada previamente y agregarla en una jarra o recipiente lavado y limpio.
- Disuelve todo el contenido de un sobre de Vida Suero Oral en el litro de agua.
- Revuelve hasta que se vea transparente.
- Si el suero se hace bolas o queda turbio hay que desecharlo y preparar otro sobre.

Niños sin deshidratación clínica

B

Deshidratación leve a moderada

o intolerancia a vía oral

50-100 ml por kg de peso en

8 tomas cada 30 minutos (4 horas)

Observar 4 hrs y reevaluar

- Si mejora pasar a plan A
- Si no mejora continuar plan B 2 horas mas
- Si fracasa nuevamente pasar a plan C

Fracaso del tratamiento

Referir a segundo o tercer nivel de atención



C

Deshidratación grave (choque)

Hidratación IV

- Nació 0.9% o Ringer inicial

- Continuar con solución polielectrolítica estandar

Fracaso a plan A y B

CON CHOQUE

- 20 ml por Kg de peso en 10-15 minutos
- Si continúa con choque repetir bolo
- Si continúa valorar intensiva (si tolera 3 bolo)

Si lo sacamos del choque seguir con plan B

SIN CHOQUE

- 100 ml por Kg dividido en 3 dosis
 - 1 hora 50 ml por kg
 - 2da hora 25ml por kg
 - 3ra hora 25ml por kg

ALIMENTACION DURANTE Y DESPUES DE REHABILITACION

- Continuar lactancia materna y alimentación



Manual CTO de medicina y cirugía. Pediatría. 5ta edición ENARM