



Mi Universidad

Flash Cards

Bryan Reyes González.

Flash cards.

Segundo parcial.

Clínica pediátrica.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de Octubre del 2024.

NEUMONIA

DEFINICION

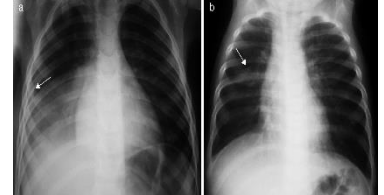
- La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad, en un paciente inmunocompetente y que no ha sido hospitalizado en los últimos siete días y se caracteriza por: signos respiratorios (tos, rinorrea, polipnea, dificultad respiratoria) de menos de 15 días de evolución, acompañada de síntomas generales (ataque al estado general, fiebre e hiporexia).

CLINICA

- Tos
- Aumento de trabajo respiratorio
- Taquipnea
- (Especificidad 95%)
- Crepitantes
- Fiebre

DIAGNOSTICO

- Clínico
- Tos
- Fiebre
- Taquipnea
- Radiografía

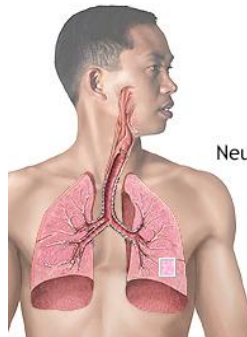


Bacteriana

Viral

AGENTES CAUSALES

- Vías respiratorias.
- Virus sincitial respiratorio
- Rinovirus
- Bacterias mas frecuentes implicados
- *S. Pneumoniae* 76%
- *Influenza tipo b* 3%
- *S. Aureus* 2%
- En el recién nacido los agentes mas importantes son: *streptococcus agalactias* y *escherichia coli*



ADAM.

TRATAMIENTO

- Penicilina de amplio espectro
- 1. Viral no influenza (sintomático)
- 2. Viral + influenza (antiviral) iniciar con oseltamivir o zanamivir
- 3. Bacteriana (antibiótico)

MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS ANTITUSIVOS

- Dropropizina
- Benzonateto
- Dextrometortaina
- Oxalamina (Solo tos)

TRATAMIENTO: NBAC NO SEVERA AMBULATORIO

- Amoxicilina VO
- Px no alérgicos a la penicilina
- En caso de la alergia a la penicilina o sospecha de infección por gérmenes

TRATAMIENTO: NBAC SEVERA HOSPITALARIO

- Penicilina G IV
- En px con NBAC severa (no alérgicos a la penicilina)
- Si hay mejoría clínica o tolerancia a la vía oral, modificar el tx a la amoxicilina VO
- Antecedente de alergia leve o no demostrada a la penicilina tratar con:
- Cefalosporina 2ª generación
- Se sugiere que en caso de antecedente de alergia grave o infección por gérmenes atípicos se trata con:
- Azitromicina o Claritromicina
- Tx: OTROS MEDICAMENTOS
- No se sugiere el uso de antitusivos

Moco y tos:

- Ambroxol
- Bromoxina

DERRAME PLEURAL

Etiología identificada fue el *S. pseudomonas* en el 66.7% de los casos de derrame pleural

- Px con NBAC con sospecha de derrame pleural realizar
- USGT, TAC de tórax con contraste iv o radiografía de tórax en decúbito
- Px con NBAC y un derrame pleural >10mm se realiza
- Punción pleural

BRONQUIOLITIS AGUDA

DEFINICION

- La bronquiolitis es una enfermedad inflamatoria aguda de las vías respiratorias bajas, causada por agentes virales; siendo el más frecuente el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el cual produce hasta el 80% de los casos en las epidemias.

AGENTES CAUSALES

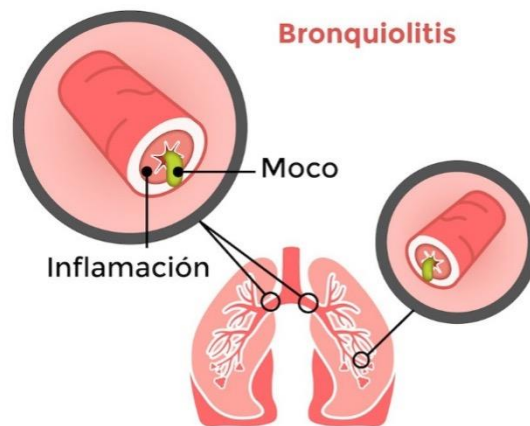
- Causada por agentes virales; siendo el más frecuente el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el cual produce hasta el 80% de los casos en las epidemias.

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico.
 - Lactante con catarro en vías altas
 - Resfriado
 - Tos
 - Fiebre (no es común)
 - Aleteo nasal
 - Cianosis
 - Sibilancias
 - Estertores
- Puede hacerse radiografía de tórax

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- La nebulización de solución salina hipertónica al 3%
 - no se ha propuesto como tratamiento de rutina, debido a que en ocasiones puede existir dificultad para establecer el diagnóstico de certeza entre asma y bronquiolitis.
- Salbutamol
 - En pacientes con antecedentes de atopia, asma o alergia, se recomienda aplicar una sola dosis de salbutamol en aerosol (por medio de el [1-2 disparos], si se cuenta con el recurso) o por nebulizaciones.
- Se recomienda **no utilizar** corticoesteroides, inhibidores de leucotrienos (Montelukast) antihistamínicos o descongestionantes (sistémicos, orales o inhalados), vasoconstrictores nasales ni antibióticos en el tratamiento de el/la niño/a con bronquiolitis.
- Paracetamol para el control de la fiebre cuando la temperatura (axilar) sea igual o mayor a 38° C en el/la niño/a con bronquiolitis; a razón de 10 a 15 miligramos por kilogramos de peso por dosis (sin exceder 60 mg por kg al día) cada 6 a 8 horas en un tiempo no mayor de 3 días.
- En saturaciones de oxígeno menor de 90% administrar oxígeno por medio puntas nasales (3 a 5-10 l/min) o nebulizador (FiO2 >30%) para mantener saturación entre 90 y 94%, estabilizar al paciente y evaluar envío al siguiente nivel de atención, administrando una dosis de adrenalina inhalada o salbutamol inhalado.
- Oxigenoterapia
- Adrenalina: inhalada puede proveer beneficios en pacientes no hospitalizados; sin embargo, la información hasta el momento es insuficiente.



CLINICA

- Temperatura axilar mayor de 39° C se debe investigar complicaciones como otitis media, neumonía bacteriana o buscar otro foco infeccioso como infección de vías urinarias.
- Se recomienda sospechar bronquiolitis en el/la niño/a menor de 2 años con:
 - Rinorrea
 - Tos
 - Dificultad respiratoria
 - Sibilancias o estertores crepitantes finos
 - Hiperinsuflación
 - Dificultad respiratoria.
- La apnea puede presentarse en pacientes con bronquiolitis, y particularmente en lactantes menores y prematuros, así como en aquellos niños con bajo peso al nacer.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Hidratación y ventilación
- Suplementación de oxígeno
- Suministrar líquidos en tomas pequeñas y frecuentes
- Ofrecer alimentos de manera habitual
- Aseo nasal con agua hervida (tibia) o solución salina para evitar la obstrucción
- Colocar el/la niño/a en posición semisentado
- Evitar la exposición al humo del tabaco
- Evitar lugares concurridos.
- Mantener el/la niño/a en un ambiente tranquilo; evitando el arropamiento excesivo
- Tomar la temperatura varias veces al día.

DIARREA AGUDA

DEFINICION

Diarrea: Aumento súbito en la emisión de heces (>3 evacuaciones en 24 horas y disminución de la consistencia de estas (semilíquidas o líquidas) que pueden o no estar acompañado de vomito, normalmente se autolimita.

Diarrea acuosa: (Cuadro clínico mas frecuente)

- Diarrea promedio
- Fisiopatología: Se produce daño en las vellosidades intestinales
- Evacuaciones líquidas y abundantes (puede acompañarse de vomito, fiebre y dolor abdominal)
- Principales microorganismos implicados:
 - Vibrio cholerae
 - Echerichia coli enterotoxigena
 - Rotavirus
 - Norovirus
- Mas frecuente
- <3 días
- Diarrea, vomito, dolor y fiebre

Diarrea disintérica

- (Cuadro clínico mas frecuente)
- Presencia de sangre en las heces
- Duración promedio:
 - 15 días (puede extenderse a 14 días)
- Fisiopatología: Se produce inflamación e invasión

ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA

- Rotavirus: 70% - 80%
- Salmonella campylobacter: Primavera y verano
- 2da causa de muerte mundial < 5 años
- 100% de todos < 5 años

FACTORES PROTECTORES

- La lactancia materna exclusiva primeros 6 meses de vida reduce morbilidad 60%
- Lavado de manos
- Vacunación contra el rotavirus
- Agua potable
- Alimentos hervidos

DIAGNOSTICO

- Estado de hidratación (mas importante)
- Clínico:
 - Hipernatremia
 - Hipocalcemia
 - Hiponatremia
- electrolitos séricos
- Biometría hemática (para checar leucocitos)
- Coproscopico
- Sangre: moco, pus
- Escala clínica ECD
- Clasificación de deshidratación con fines de porcentaje
- Metodo DHAKA



CLINICA

- Aumento en el número de evacuaciones (más de 3 evacuaciones en 24 horas)
- Disminución en la consistencia de las evacuaciones (líquidas y semilíquidas)
- Puede asociarse a náuseas, vómitos, cólico abdominal, fiebre y deshidratación
- La diarrea se resuelve en 5 a 7 días, aunque puede persistir mas

DATOS IMPORTANTES EN LA EXPLORACION

- Estado general
- Ojos
- Mucosas
 - Turgencia
 - Pulsos filiformes (débil)
 - Llenado capilar (retardado)
- Alteraciones en la respiración
 - > compensatorio para choque

CLASIFICACION CLINICA DE DESHIDRATACION CON FINES

TERAPEUTICOS

- Sin deshidratación clínicamente detectable
- Deshidratación clínica (leve - moderada)
- Deshidratación y datos clínicos de choque (severa)

ESTADO DE CHOQUE

- Estado - Hipoperfusión tisular generalizada
- Choque obstructivo - cardiaco
- Distributivo
 - Anafiláctico
 - Séptico
 - Neurogénico
- Hipovolémico
 - No hemorrágico
- Plasma
 - Proteínas
 - Plaquetas
 - Agua
 - Factores de coagulación
 - Electrolitos
- DKH > 0.5
- DKH < 0.5
- -----
- Tisular

TRATAMIENTO MEDICO

- Hidratación
- Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando las bebidas gasificadas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- En pacientes con Campylobacter y Yersinia enterocolitidis los antibióticos solo deben ser usados cuando se sospecha o se confirma septicemia
 - Puede reducir los síntomas si se inicia 3 días previos al inicio de la enfermedad. Se recomienda Eritromicina 40-50mg/kg/día dividido en 4 dosis, vía oral por 7 días.
- Los pacientes con Shigellosis disintérica deben recibir tratamiento antibiótico.
 - Se recomienda el tratamiento antimicrobiano en niños con diarrea aguda con aislamiento en coprocultivo de Shigella con: Ampicilina 100mg/kg/día vía intramuscular dividido en 4 dosis por 5 días.
- Se recomienda el tratamiento antimicrobiano en niños con diarrea aguda con aislamiento en coprocultivo de Shigella con: Ampicilina 100mg/kg/día vía intramuscular dividido en 4 dosis por 5 días.
- Ondasetron 8-15 kilos (2mg)
- Rebecadotriol
- Zinc
- Platano verde
- Lactobacilo

PLAN DE HIDRATACION

PLAN A

- Niños con diarrea sin deshidratación
- < 1 año = 75 ml de VSO
- > 1 año = 150 de VSO (Después de cada evacuación)
- Observar por 2 horas
- Observar 4 horas si:
 - Hay 3 vómitos por hora
 - 10 evacuaciones en 24 horas

PLAN B

- Deshidratación leve a moderada o intolerancia via oral
- 50 - 100 ml/kg de peso
- En 8 tomas cada 30 min
- Observar 4 horas y reevaluar
- Si mejora pasar a plan A
- Si no mejora continuar 2 horas
- Si fracasa pasar a plan c
- Fracaso al tratamiento.
 - Gasto fecal mayor a 10mg/kg/h
 - Vómitos persistentes a intensos (tres o mas vómitos en una hora o cinco o más vómitos)

PLAN C

- Deshidratación grave (choque)
- Hidratación IV
Solución Hartmann
- 1.- 20 ml/kg de peso en 10-15 minutos en bolo
- 2.- Si continua con choque, repetir bolo
- 3.- Si continua, valorar Intensivita (si colora 3er bolo)

ALIMENTACION DURANTE Y DESPUES DE REHIDRATACION

- Durante y después:
 - Continuar lactancia materna y alimentos
 - No jugos ni bebida carbonatadas

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Ondasetron 8-15 kilos (2mg)
- Racecadotriilo
- Zinc
- Plátano verde
- Lactobacilo

