

Mi Universidad

Flashcards

Abril Amairany Ramírez Medina

2do parcial

Clínicas pediátricas

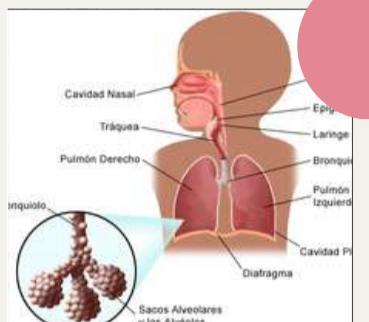
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 10 de octubre de 2024

NEUMONIA



NEUMONIA

DEFINICIÓN

Infección aguda que afecta al parénquima pulmonar y que se caracteriza por presentar fiebre, cuadro respiratorio y alteraciones en la radiografía de tórax consistente en condensaciones o infiltrados



NEUMONIA

EPIDEMIOLOGIA

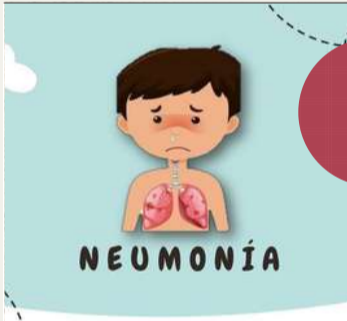
Más frecuente en niños entre 1 y 5 años

EDAD	AGENTE ETIOLÓGICO
0 - 3 meses	< 7 años: <i>Streptococcus Agalactiae</i> (Grupo B) > 7 años: <i>Streptococcus Neumoniae</i> o <i>S. pneumoniae</i>
3 meses - 5 años	< 2 años: Virus Sincitial Respiratorio > 2 años: <i>Streptococcus Pneumoniae</i>
> 5 años	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>

ETIOLOGIA

ETIOLOGIA

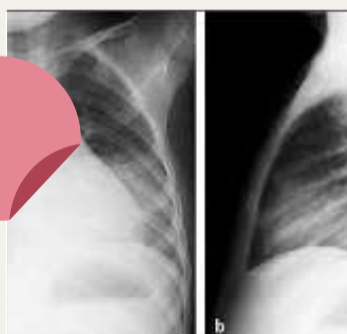
>3 semanas: *S. Agalactiae*, *L. Monocytogenes*
 3 semanas - 3 meses: *C. Trachomatis*, virus respiratorios
 3 meses - 4 años: Virus respiratorios, *S. Pneumoniae*
 5 - 15 años: *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*



NEUMONIA

CLINICA

Neumonía típica.
 Fiebre alta, síntomas respiratorios con secreción purulenta, afectación del estado general, dolor torácico, dolor abdominal, zonas de hipoventilación y crepitantes focales. Neumococo.



RADIOGRAFIA

CLINICA

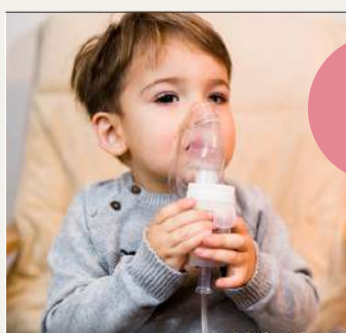
Neumonía atípica.
 Cuadro de evolución lenta, síntomas catarrales y febrícula, tos seca irritativa, síntomas respiratorios con presencia de mialgias y cefalea. *Mycoplasma*.



RADIOGRAFIA

DIAGNÓSTICO

Clínica
 Radiografía
 Típica: condensación lobar que puede ir o no acompañada de derrame pleural.
 Atípica: patrones intersticiales difusos sin condensación e infiltrados parahiliares.

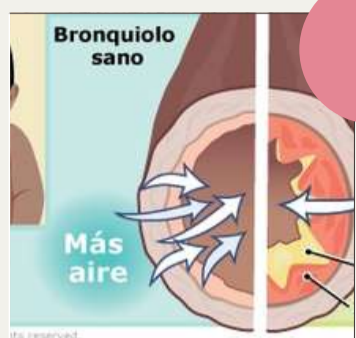


TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Neumonía típica.
 Si precisa ingreso: ampicilina IV 150- 200 mg/kg/día.
 Si no precisa ingreso: amoxicilina VO 80- 100mg/kg/día.
 Si no estuviera vacunado contra Influenza grupo B: amoxicilina-clavulanico.
 Si hay derrame pleural: Cefotaxima IV 100- 150mg/kg/dia.
 Neumonía atípica.
 Menor de 3 años se tratará como una típica.
 Si es mayor de 3 años: macrólido VO ó IV según gravedad.

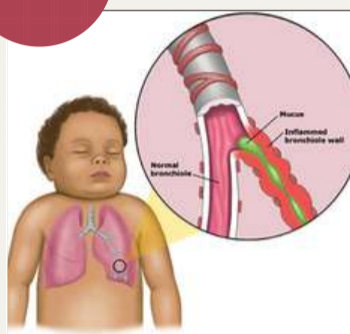
BRONQUIOLITIS



BRONQUIOLITIS

DEFINICIÓN

Primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias, de causa infecciosa, en un niño de menos de dos años



BRONQUIOLITIS

EPIDEMIOLOGIA

- Afecta a <2 años
- Predominio de 3 a 6 meses
- Fuente de infección familiar
- Ocasiona cuadros pseudogripales, catarrales y bronconeumonías
- Brotos epidémicos octubre-marzo

Síntomas

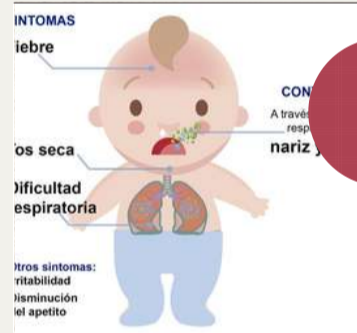
Cuándo sospechar que un bebé tiene bronquiolitis



CLÍNICA

ETIOLOGIA

- Virus respiratorio sincitial VRS 60-80
- Metapneumovirus
- Adenovirus, parainfluenzae, influenzae, bocavirus



CLÍNICA

CLÍNICA

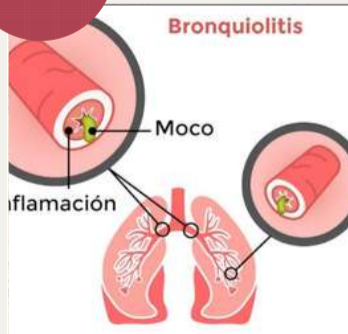
- Catarro 24-72 hrs antes
- Tos seca
- Febrícula o fiebre
- Rechazo a las tomas
- Signos de distrés progresiva
- Cianosis, sibilancias y roncus



DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- Radiografía de tórax: hiperinsuflación y áreas dispersas de condensación/atelectasias
- Detección de antígenos virales en secreciones respiratorias
- Gasometría



BRONQUIOLITIS

MECANISMOS DE HIPOXEMIA

- Disminución de la PO2
- Hipoventilación
- Alteración de difusión



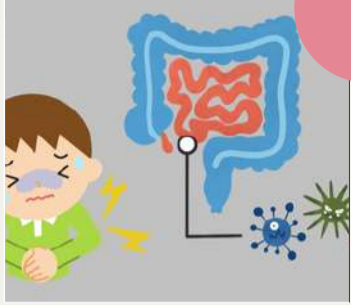
Oxigenoterapia

TRATAMIENTO

- Hidratación y nutrición
- Elevación de la cabeza
- Oxigenoterapia a demanda
- Nebulización salina al 3%
- Salbutamol inhalado >6 meses
- Asistencia ventilatoria

Pediatría

EDAS



EDAS

DEFINICIÓN

Aumento súbito en la emisión de heces (3 en 24 hrs) y disminución de la consistencia de estas (semilíquidas o líquidas) que pueden o no estar acompañadas de vómito

CLASIFICACIÓN

- Diarrea acuosa asociada a virus
- Diarrea disintérica asociada a bacterias
- Diarrea persistente asociada a parásitos

ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA

- 70-80% rotavirus
- Primavera y verano: salmonella y campylobacter
- Vibrio cholerae
- Shigella
- Alergia a la leche de vaca
- Parasitaria
- 2da causa de muerte mundial en niños <5 años

CLÍNICA

- Aumento en el número de evacuaciones (3 en 24hrs)
- Disminución de consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas)
- Puede asociarse a náuseas, vómito, cólico abdominal, fiebre y deshidratación

DATOS IMPORTANTES

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

ESTADO DE HIDRATACIÓN	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
SINDEHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Estado general: buena Ojos: normales Mucosa: húmeda Turgencia: normal Pulsos: normales Llenado capilar: <2 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> PLAN A ABC (aviso en el hogar)
EDH (DESHIDRATACIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> Estado general: preocupante o grave Ojos: hundidos, sin lágrimas Mucosa: seca y pegajosa Turgencia: disminuida Pulsos: débiles Llenado capilar: >2 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> PLAN B Terapia de hidratación oral (TCHO)
CHOQUE HIPOVOLÉMICO	<ul style="list-style-type: none"> Estado general: crítico Ojos: hundidos Mucosa: seca Turgencia: ausente Pulsos: ausentes Llenado capilar: >2 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> PLAN C Terapia intravenosa

DIAGNÓSTICO

- Estado de hidratación más importante
- Clinico
- Laboratoriales si sospecha alteración hidroelectrolítica o metabólica
- Coprocópico y coprocultivo: sangre, moco, pus

TRATAMIENTO

- Sin deshidratación clínicamente detectable
- Deshidratación clínica (leve-moderada)
- Deshidratación y datos clínicos de choque (severa)
- Rehidratación VO con vida suero oral
- Rehidratación VO con dosis aumentada
- Rehidratación IV
- Tratar complicaciones
- Tratamiento farmacológico con azitromicina y trimetropin con sulfametoxazol



CLASIFICACIÓN



ETIOLOGIA



CLÍNICA



DESHIDRATACIÓN

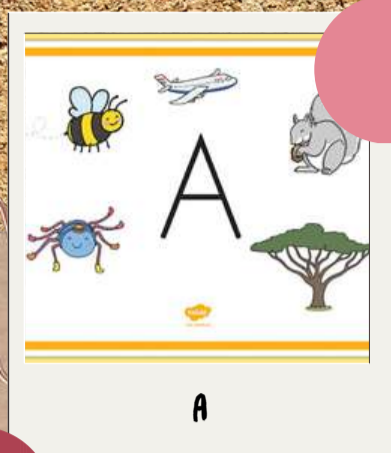


CLÍNICA



TRATAMIENTO

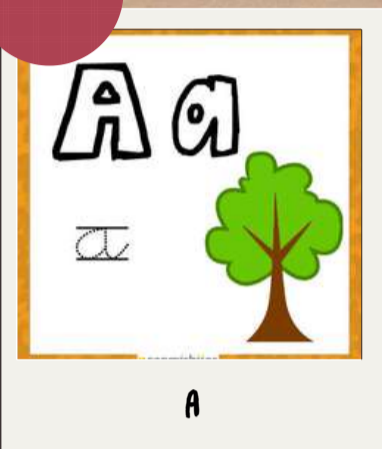
PLAN DE HIDRATACIÓN ABC



A

A

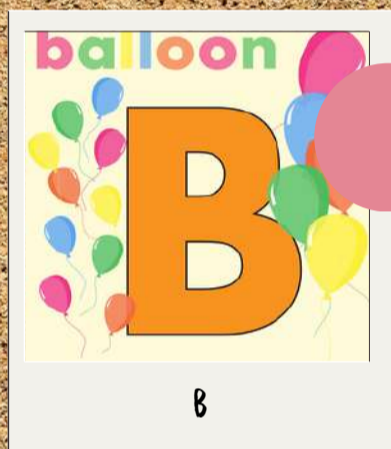
- Sin deshidratación clínica
- Estado general de alerta
- Ojos normales
- Boca y lengua húmedas
- Sed normal
- Elasticidad de piel normal
- Pulso normal



A

A

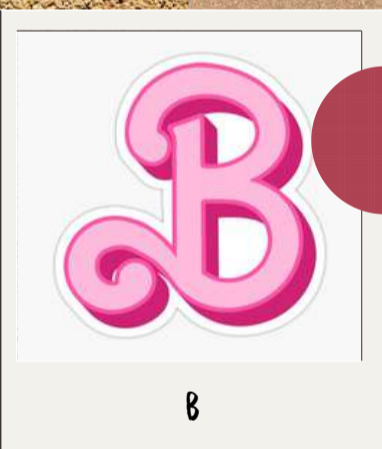
- <1 año: 75ml de vaso
- >1 año: 150ml de vaso
- Después de cada evacuación
- Observar por 4hrs si: 3 vómitos por hora, 10 evacuaciones en 24 hrs



B

B

- Deshidratación leve a moderada
- Inquieto o irritable
- Ojos hundidos sin lágrimas
- Boca y lengua secas
- Saliva espesa
- Respiración rápida
- Llenado capilar mayor a 2 seg
- Fontanelas hundidas



B

B

- 50-100ml/kg/peso en 8 tomas cada 30 min (4hrs)
- Observar 4 horas y reevaluar
- Si mejora pasar a plan A, si no mejora continuar plan B 2 hrs más, si fracasa nuevamente pasar a plan C



C

C

- Deshidratación grave (choque)
- Somnoliento o comatoso
- No puede beber
- Pulso débil o ausente
- Llenado capilar mayor a 2 segundos
- Fontanela hundida



C

C

- 20 ml/kg/peso en 10-15 minutos
- Si continua con choque, repetir bolo
- Si continua, valorar intensivista
- Sin choque: 100 ml/kg/ en 3 dosis
- 1 hr: 50 ml/kg 2hr: 25ml/kg 3hr: 25ml/kg



C

C

- Continuar con lactancia materna y alimentación en todo momento que se pueda

Bibliografía

Libro CTO de Medicina y Cirugía., ENARM 6ta Edición México.

Pediatría

Infecciones Respiratorias en Pediatría Francisco Javier Ávila Cortés

Mc Graw Hill

Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primero y segundo nivel de atención, guía de referencia rápida