

## Mi Universidad

*Nombre del Alumno: Ángel Yahir Olán Ramos.*

*Parcial :2do*

*Nombre de la Materia:clínica de pediatría.*

*Nombre del profesor: Dr. García Castillo Miguel De Jesús.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.*

*7mo Semestre Grupo C*

# NEUMONIA



## Concepto

La neumonía es una infección pulmonar causada por diversos agentes, y su tratamiento varía según el tipo de patógeno y la gravedad de la enfermedad.

## Agentes etiologicos

1. Bacterianos:
  - Streptococcus pneumoniae: Principal agente en neumonía adquirida en la comunidad.
  - Mycoplasma pneumoniae: Causa de neumonía atípica, común en adolescentes y adultos jóvenes.
  - Haemophilus influenzae tipo B: Menos frecuente en países con vacunación.
  - Staphylococcus aureus: Frecuente en neumonías posvirales o graves.
2. Virales:
  - Virus sincitial respiratorio (VSR): Común en niños pequeños.
  - Influenza A y B: Neumonía viral que puede complicarse con sobreinfección bacteriana.
  - Adenovirus, parainfluenza: Otras causas frecuentes en niños.
3. Hongos:
  - Pneumocystis jirovecii: Común en pacientes inmunodeprimidos (p. ej., VIH).
  - Histoplasma y Coccidioides: Frecuentes en regiones endémicas y en pacientes con factores de riesgo.

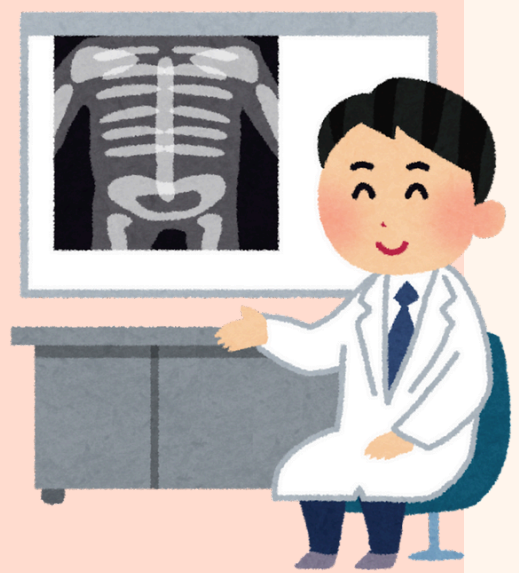
## Sintomas



- Fiebre alta.
- Tos: Suele ser productiva en infecciones bacterianas (moco verde/amarillo) y seca en virales o neumonías atípicas.
- Dificultad respiratoria: Taquipnea, disnea.
  - Dolor torácico: Aumenta al toser o respirar profundamente.
- Fatiga, escalofríos.
- Estertores o ruidos anormales en la auscultación pulmonar.

## Diagnóstico

1. Evaluación clínica:
  - Exploración física y auscultación pulmonar (detecta estertores, ruidos respiratorios disminuidos).
2. Radiografía de tórax:
  - Detecta infiltrados o consolidaciones, confirma el diagnóstico y puede sugerir la etiología.
3. Laboratorio:
  - Hemocultivos y esputo: Identificación bacteriana o viral.
  - PCR o pruebas rápidas: Detección de virus como influenza o VSR.
  - Oxigenación: Oximetría de pulso para evaluar hipoxemia.

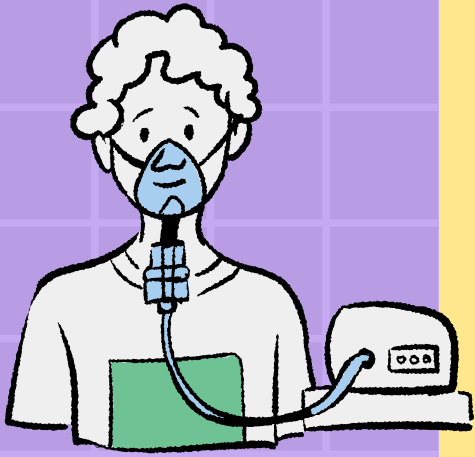


## Tratamiento

1. Neumonía bacteriana:
  - Amoxicilina: Primera línea en neumonía comunitaria leve.
  - Cefalosporinas o macrólidos (azitromicina, claritromicina) en casos más graves o neumonías atípicas (Mycoplasma pneumoniae).
  - Vancomicina o clindamicina para Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR).
2. Neumonía viral:
  - Tratamiento sintomático: Antipiréticos, hidratación.
  - Antivirales: Oseltamivir para casos de influenza grave.
3. Neumonía fúngica:
  - Antifúngicos: Tratamiento con medicamentos como trimetoprim-sulfametoxazol (para Pneumocystis) o itraconazol (para Histoplasma o Coccidioides).
4. Soporte:
  - Oxigenoterapia: En casos de hipoxemia.
    - Hospitalización en neumonías graves o en pacientes inmunocomprometidos.



# BRONQUIOLITIS



## CONCEPTO

La bronquiolitis es una infección viral aguda que afecta los bronquiolos, las pequeñas vías aéreas en los pulmones. Es una enfermedad común en niños menores de 2 años, especialmente en lactantes, y es causada principalmente por el virus sincitial respiratorio (VSR). Otras causas menos comunes incluyen el rinovirus, el adenovirus y los virus de la parainfluenza.



## SINTOMAS

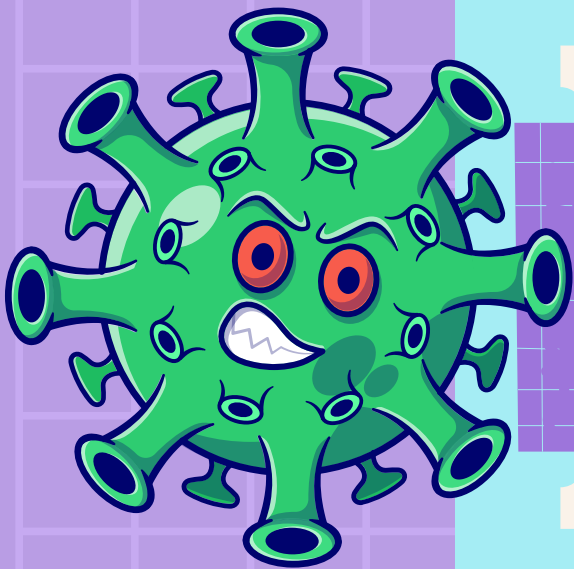
La bronquiolitis causa congestión nasal, tos, fiebre leve, respiración rápida, sibilancias y dificultad para respirar (retracciones, aleteo nasal). En lactantes, puede haber apneas. Los síntomas suelen empeorar entre el segundo y tercer día y pueden durar hasta dos semanas.



## AGENTES ETIOLÓGICOS

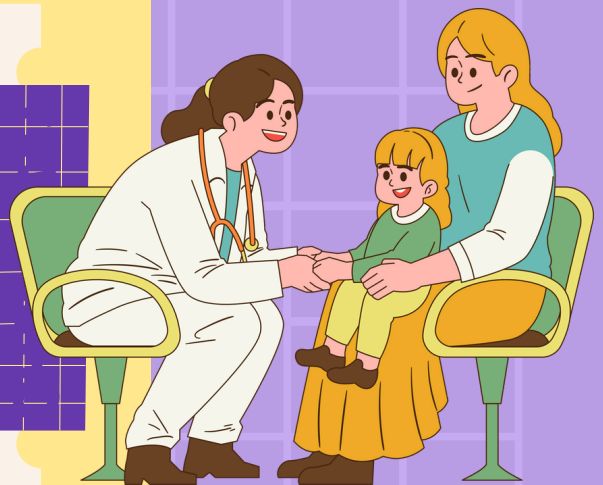
1. Virus sincitial respiratorio (VSR): Principal causa.
2. Rinovirus.
3. Adenovirus.
4. Virus de la parainfluenza.
5. Metapneumovirus humano.

Estos virus causan inflamación y obstrucción de los bronquiolos, afectando la respiración.



## DIAGNOSTICO

El diagnóstico de bronquiolitis se basa en la historia clínica (síntomas de resfriado, progresión a dificultad respiratoria) y la exploración física (sibilancias, retracciones, aleteo nasal). En casos graves, se puede usar una oximetría de pulso para medir la oxigenación y pruebas rápidas para identificar el virus causante. Las radiografías se reservan para descartar complicaciones.



## TRATAMIENTO

1. Hidratación adecuada.
2. Oxigenoterapia: Si hay dificultad respiratoria o niveles bajos de oxígeno.
3. Aspiración nasal: Para aliviar la congestión.
4. Control de fiebre: Con antipiréticos como paracetamol.
5. Broncodilatadores y corticosteroides: No están recomendados de rutina, solo en casos seleccionados.

La mayoría de los casos se manejan en casa, pero los casos graves pueden requerir hospitalización.

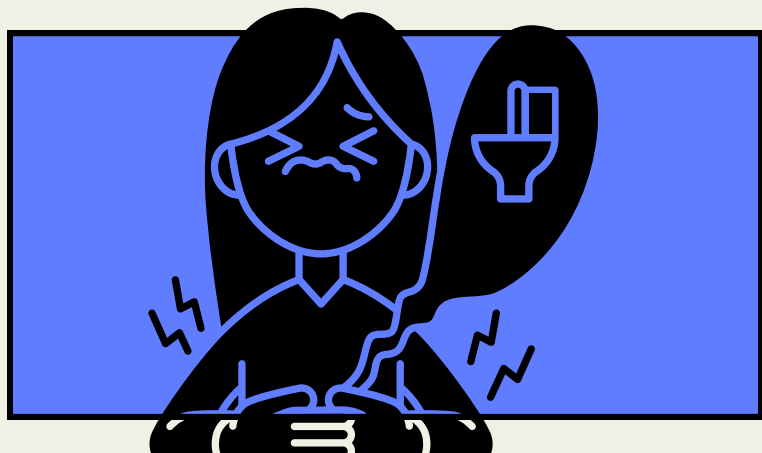


## BIBLIOGRAFIA

- GARCÍA-GARCÍA, M. L., & CALVO REY, C. (2019). BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL NIÑO: ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. ANALES DE PEDIATRÍA CONTINUA, 17(4), 180-188. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.APCONTINUADA.2019.03.005](https://doi.org/10.1016/J.APCONTINUADA.2019.03.005)

# ENFERMEDADES DIARRREICAS

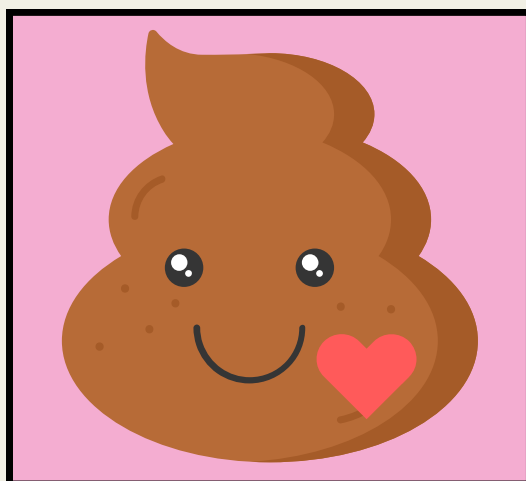
## CONCEPTO



LAS ENFERMEDADES DIARRREICAS AGUDAS (EDA) SON EPISODIOS DE DIARREA QUE DURAN MENOS DE 14 DÍAS, CARACTERIZADAS POR EVACUACIONES FRECUENTES Y LÍQUIDAS. SON UNA CAUSA IMPORTANTE DE MORBILIDAD INFANTIL, SOBRE TODO EN PAÍSES EN DESARROLLO.

## GENEREALIDADES

- LA DIARREA SE DEFINE COMO LA EVACUACIÓN DE HECES LÍQUIDAS O SEMILÍQUIDAS TRES O MÁS VECES AL DÍA.
- PUEDE ESTAR CAUSADA POR INFECCIONES VIRALES, BACTERIANAS O PARASITARIAS



## AGENTES ETIOLÓGICOS

• VIRUS:  
ROTAVIRUS, NOROVIRUS.

BACTERIAS:  
ESCHERICHIA.COLI,  
SHIGELLA, SALMONELLA

• PARÁSITOS: GIARDIA  
LAMBLLIA, ENTAMOEBIA  
HISTOLYTICA.

## DIAGNOSTICO

- CLÍNICO: BASADO EN LOS SÍNTOMAS (FRECUENCIA, CONSISTENCIA DE LAS HECES, FIEBRE, VÓMITOS, DOLOR ABDOMINAL).
- EXAMEN DE HECES: PARA IDENTIFICAR EL AGENTE CAUSAL (COPROCULTIVO, PRUEBAS RÁPIDAS PARA VIRUS O PARÁSITOS).
- EVALUACIÓN DE DESHIDRATACIÓN: SIGNOS COMO SEQUEDAD DE MUCOSAS, OJOS HUNDIDOS, TAQUICARDIA.

## DIFERENCIAS

- **INFECCIONES VIRALES:** SUELEN SER LEVES, CON VÓMITOS, DIARREA ACUOSA Y FIEBRE BAJA.
- **INFECCIONES BACTERIANAS:** MÁS GRAVES, CON DIARREA SANGUINOLENTA, FIEBRE ALTA Y DOLOR ABDOMINAL.
- **INFECCIONES PARASITARIAS:** DIARREA CRÓNICA INTERMITENTE Y SÍNTOMAS COMO FLATULENCIA Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.



## TRATAMIENTO

### 1. REHIDRATACIÓN:

- SUEROS DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) PARA CASOS LEVES A MODERADOS.
  - REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA EN CASOS DE DESHIDRATACIÓN SEVERA.
2. DIETA ADECUADA: MANTENER ALIMENTACIÓN, EVITAR AYUNO PROLONGADO.
  3. ANTIBIÓTICOS: SOLO EN CASOS ESPECÍFICOS, COMO DIARREA BACTERIANA SEVERA (SHIGELLA, CAMPYLOBACTER).
  4. ANTIPARASITARIOS: COMO METRONIDAZOL PARA GIARDIA LAMBLLIA O ENTAMOEBIA HISTOLYTICA.
  5. ZINC: EN NIÑOS, SE RECOMIENDA LA SUPLEMENTACIÓN CON ZINC PARA REDUCIR LA GRAVEDAD Y DURACIÓN DE LA DIARREA.



# PLAN DE HIDRATACION A,B,C



## CONCEPTO

EL PLAN DE HIDRATACION A, B Y C ES UNA ESTRATEGIA USADA PARA TRATAR LA DESHIDRATACION EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, BASADA EN LA GRAVEDAD DE LA DESHIDRATACION.

## PLAN A

- Indicado para: Pacientes sin signos de deshidratación.
- Tratamiento:
  - Sueros de rehidratación oral (SRO) en pequeñas cantidades después de cada evacuación (50-100 mL en niños, 100-200 mL en adultos).
  - Mantener alimentación normal y fomentar la lactancia materna en bebés.
  - Administración de zinc durante 10-14 días para reducir la duración de la diarrea.



## PLAN B

- Indicado para: Pacientes con signos leves a moderados de deshidratación (ojos hundidos, sequedad de mucosas, sed).
- Tratamiento:
  - Administrar SRO bajo supervisión médica: 75 mL/kg en 4 horas, en pequeñas cantidades frecuentes.
  - Evaluar al paciente después de las 4 horas y continuar con Plan A si mejora, o pasar al Plan C si no mejora.



## PLAN C

- Indicado para: Pacientes con signos graves de deshidratación (letargo, piel muy seca, pulsos débiles, choque).
- Tratamiento:
  - Rehidratación intravenosa inmediata con solución Ringer Lactato o solución salina al 0.9%.
  - Dosis inicial: 100 mL/kg de peso en 3 horas para niños, en 6 horas para lactantes. Administrar rápido durante la primera hora.
  - Reevaluar continuamente y cambiar a Plan A o B cuando el paciente esté estable.



## BIBLIOGRAFIA