



Mi Universidad

Flash cards

Jorge Daniel Hernández González

Neumonia, Bronquiolitis, EDAS, plan de hidratacion A, B, C

Parcial: 2°

Clinica Pediatrica

Dr. Miguel de Jesus Garcia Castillo

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 7to., Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 11 de octubre del 2024.

NEUMONIA

Definición:

Es un proceso anatomopatológico de consolidación del parénquima pulmonar que se caracteriza por la sustitución del aire de los alveolos y ductos alveolares por un proceso inflamatorio.

Clasificación:

Edad: neumonía de adquisición perinatal, lactante, preescolar, escolar y adolescente.

Estado inmunológico: en pacientes inmunocompetentes y inmunodeficientes.

Sitio de adquisición: comunitaria e intrahospitalaria.

Tiempo: aguda <3 meses y crónica >3 meses.



Periodo prepatogénico:

Agente: sin intrínsecos como extrínsecos biológicos, físicos y químicos.

Huesped: los niños <5 años tiene mayor vulnerabilidad. Malformaciones congénitas broncopulmonares, fibrosis quística, disquinesia ciliar primaria, enfermedad pulmonar crónica del lactante o de organos, cardiopatías congénitas, enfermedad del reflujo gastroesofágico.

Ambiente: los cambios climáticos asociados al frío que predisponen la ciliostasis del aparato mucosiliar, sitios de guardería, maternales, orfanatorios, internados. Exposición a tabaco, pobreza, hacinamiento, esquemas de inmunización incompleto.

Fisiopatogenia:

las vías de inducción de los microorganismos incluyen: inhalación, aspiración, diseminación linfática o hematogena a partir de focos de infección a distancia, no respiratorios.

Una vez que el agente ha rebasado los mecanismos de defensa respiratorios y han llegado al pulmón, se diseminan a través de los bronquiolos y poros de khon ocasionando una condensación pulmonar caracterizándose por edema, congestión perivascular, infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y eritrocitos, después se presenta una destrucción de bacterias por los leucocitos polimorfonucleares y eritrocitos ocasiona ocupación alveolar y fibrina.



Etapa clínica: Existe una coriza, con fiebre de poca cuantía, seguida de un cuadro respiratorio bajo, predomina el componente obstructivo con tos, roncus, cianosis, taquicardia. A la percusión del tórax puede haber hipersonoridad bilateral, murmullo vesicular disminuido o anormal acompañada de estertores finos, espiración prolongada, sibilancias o ambas.

Diagnostico:

Es clínico, se apoya de laboratorios y radiología.

Diagnostico diferencial: Laringotraqueobronquitis, aspiración del cuerpo extraño, malformaciones traqueobronquiales y cardiovasculares, acidosis metabólica, asma.



Tratamiento: En **neumonías de adquisición perinatal:** ampicilina con aminoglucosido o una cefalosporina de tercera generación.

En los **niños lactantes y preescolares:** penicilina o ampicilina.

En los **escolares y adolescentes:** penicilina o macrolido.

Neumonías de adquisición hospitalaria: dicloxacilina y la oxacilina asociado con un aminoqlucosido o una cefalosporina antipeumona de 3ra generación.



BRONQUIOLITIS

Definición:

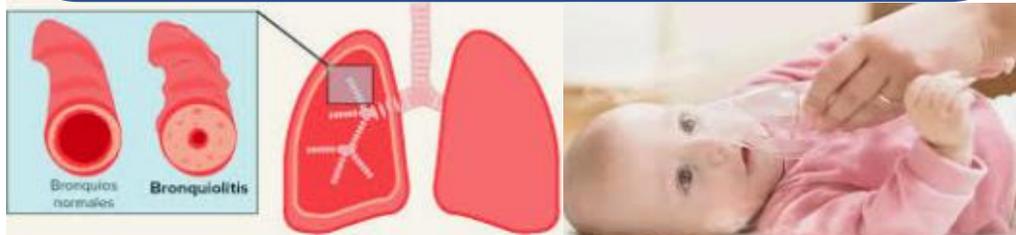
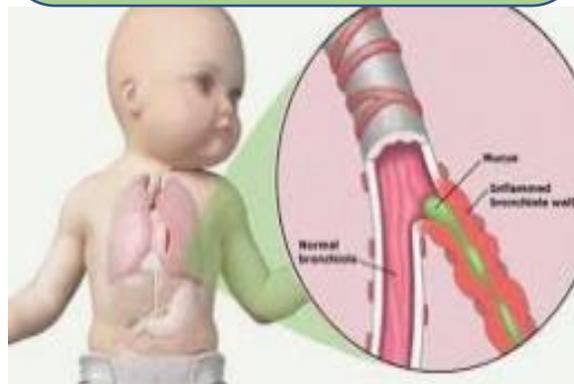
Primer episodio de sibilancias espiratorias, estertores subcrepitantes, o ambos, en niños de 1 a 23 meses de edad, que comienza 24 a 72 h antes con, rinorrea, tos y fiebre y puede progresar con aumento respiratorio

Periodo patogénico:

Agente: el + común es el virus sincicial respiratorio, responsable del 50 al 80% de los casos graves en menores de 6 meses con pico de incidencia en otoño/invierno. Estudio recientes demuestran la importancia de otros virus respiratorios, en especial el rinovirus humano, otros agentes virales como: virus influenza, parainfluenza 1, 2, 3, influenza A, B, adenovirus, bocavirus, coronavirus y micoplasma.

Huésped: los lactantes menores de 6 meses, alcanzando su mayor incidencia entre el 2do y el 3er mes de vida. + frecuente en varones.

Ambiente: bronquiolitis grave: presencia de tabaquismo, mayor numero de hermanos, hacinamiento, pobreza, asistencia a guarderías .



Periodo prepatogénico:

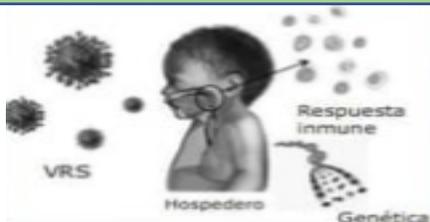
El reservorio es el humano y la fuente de infección son las secreciones nasobucales de los enfermos. La vía de transmisión es directa o a través de objetos contaminados por las secreciones de los afectados y el periodo de incubación es de 7 a 14 días. El agente ingresa al huésped a través de las vías respiratorias superiores y las conjuntivas, alcanza el tracto respiratorio inferior donde inicia su replicación y daño estructural.

El virus se replica de inicio en la nasofaringe y luego en el tracto respiratorio inferior, al que llega por diseminación directa a través del epitelio respiratorio y por la respiración y por la aspiración de secreciones nasofaríngeas infectadas.

Etapas clínicas:

Inicia con malestar general, disminución del apetito y rinorrea, la fiebre se presenta hasta el 90 % de los casos, en una segunda etapa de 48 a 72 horas inicia tos seca, taquipnea, taquicardia, dificultad respiratoria, a la auscultación espiración prolongada, sibilancias polifónicas que varían sus características conforme evoluciona la enfermedad, subcrepitantes, o ambas.

La obstrucción ocasiona atrapamiento aéreo con disminución de la compliance, aumento del espacio muerto alveolar, hipoventilación alveolar, alteración de la relación ventilación/perfusión generando hipoxia, acidosis e hipercapnia.



Diagnostico:

Conocimiento de la historia natural de la enfermedad, una historia completa y exploración física para bronquiolitis aguda.

Diagnostico diferencial: sibilancias inducidas por virus y exacerbación de asma, aspiración de cuerpo extraño, reflujo gastroesofágico con aspiración, falla cardiaca y neumonía.

Tratamiento:

Oxígeno: 0.35 a 0.45 para corregir hipoxemia.

Cánula nasal de alto flujo: niños de bronquiolitis severa.

Broncodilatadores: mejora la clínica y la oximetría.

Solución salina hipertónica: rehidrata las secreciones.

Glucocorticoides: prolonga la diseminación viral.



ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS

Definición:

Es una enfermedad infectocontagiosa de etiología viral, bacteriana, parasitaria o micótica que se transmite a través del agua, los alimentos y bebidas contaminados con materia fecal o por contacto directo con manos.



Clínica:

Fiebre, anorexia y pérdida de peso.
 Náusea, vómito y cólico.
 Aumento en número de evacuaciones.
 Disminución en la consistencia.
 Pujo y tenesmo.
 Moco y sangre en las heces.



Periodo patogénico		
Agente	Huesped	Medio ambiente
Virus: rotavirus, parvovirus, adenovirus, coronavirus, reovirus, calicivirus, astrovirus, ECHO, coxsackie, pararotavirus, agente Norwalk y pestivirus.	Inmunidad específica y mecanismos gastrointestinales de resistencia. Edad: mas susceptibles neonatos y lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> Más frecuente en clima cálido. Medio socioeconómico bajo. Hacinamiento. Mala higiene personal, de alimentación y de vivienda. Fecalismo al aire libre. Disponibilidad y almacenamiento de agua inadecuados.
Bacterias: E. Coli, shigella, C. jejuni, salmonella, Y. enterocolitica, V. cholerae y plesiomonas, pseudomonas, klebsiella, proteus.	Amamamiento: confiere protección.	
Parasitos: E. hystolitica, G. lamblia, T. hominis, Balantidium coli.	Estado nutricional: mayor susceptibilidad y gravedad en desnutridos.	

Cólera: síndrome clínico-epidemiológico infectocontagioso, transmisible a través de la ingestión de agua y alimentos contaminados.

Fisiopatogenia: ingestión de microorganismos, multiplicación intestinal, adherencia a microvellosidades, elaboración de toxinas, fijación en los receptores, estimulación de adenilciclasa, acumulación de AMP cíclico, producción de cinasas proteicas, secreción activa de CL, NA, H₂O, e inhibición de su absorción.

Diagnóstico: clínico, cultivo.

Tratamiento: tetraciclina: 50 mg/kg/d por VO en 4 tomas en 3 días.

Furazolidona: 5 mg/kg/d por VO en 4 tomas en 3 días.

Trimetoprim-sulfametoxazol: 10 y 50 mg/kg/d por VO en 2 tomas en 3 días.

Salmonelosis y fiebre tifoidea: se aplica a todo proceso infeccioso causado por microorganismos del género Salmonellae. La fiebre tifoidea la más grave de infección entérica y se debe a Salmonella typhi.

La FT y Paratifoidea la clínica es fiebre, cefalea, dolor, hipersensibilidad, irritación peritoneal y choque por perforación intestinal, náusea, vómito y diarrea profusa.

Diagnóstico: clínico, métodos bacteriológicos y serológicos. La prueba de aglutinación de Widal (reacciones febriles) detectan anticuerpos contra los antígenos O y H de S. typhi. El estándar de oro el hemocultivo positivo de 50-85%. Los coprocultivos positivo del 60%. Mielocultivo en 80 a 95%. Y el tratamiento: las fluoroquinolonas, ciprofloxacina oral 15-30 mg/kg/día cada 12 horas. Antibióticos: cefalosporinas de 3ra generación: cefotaxima 50-75 mg/kg/d IV/8 hrs



PLANES DEHIDRATACION A-B-C

Evaluar: Principales signos para evaluar la hidratación del niño con diarrea

	A	B	C
1.- Preguntar por: Sed Orina	Normal Normal	Mas de lo normal Poca cantidad, oscura	Excesiva No orina durante 6 horas
2.- Observe: Aspecto Ojos Boca y lengua Respiracion	Alerta Normales Humedas Normal	Irritado o decaido Hundidos Secas Mas rapida de lo normal	Deprimido o comatoso Muy hundidos, llora sin lagrimas Muy secas, sin saliva Muy rapida y profunda
3.- Explore: Elasticidad de la piel Fontanela Pulso Llenado capilar	El pliegue se deshace Normal Normal Menor de dos segundos	El pliegue se deshace con lentitud Hundido-se palpa Mas rapido de lo normal De 3 a 5 segundos	El pliegue se deshace lento (>2 segundos) Muy hundida-se palpa-se observa Muy rapido, fino o no se palpa Mayor de 5 segundos
4.- Decida:	No tiene deshidratacion	Si tiene dos o mas sintomas o signos tiene deshidratacion	Si tiene >2 sintomas o signos: tiene deshidratacion grave. Si tiene >1 los signos marcados con signos de alarma tiene deshidratacion grave con shock hipovolemico.
5.- Tratamiento:	Aplique plan A para prevenir la deshidratacion	Aplique plan B para tratar la deshidratacion	Plan C: si el niño puede beber y no hay shock, comenzar VO o por SNG. Comenzar EV: si hay shock. Si hay vomitos incersibles (abundante o mas de 4 en una hora) si hay ileo. Si hay convulsiones.

"PLAN A"

En el crecimiento recomendar: Dar mas líquidos, no suspender la lactancia, continuar alimentándolo. Si la diarrea empeora, dar SRO: <2 años: 50-100 ml, >2 años: 100-200 ml, después de cada deposición líquida. Control en 24 horas, explicar signos de alarma.

"PLAN B"

SRO (Sales de rehidratación oral)
50 a 100 ml/kg en 4 horas.

Evaluar cada hora hasta un
máximo de 4 horas.

Reevaluar

"PLAN C"

Derivar el hospital. Colocar vía EV con solución polielectrolitica a 25 ml/kg/hora o solución fisiológica. Si se puede beber agua comenzar hidratación por VO a 20 ml/kg/hora. Si se puede beber, colocar sonda NG con SRO a 20 ml/kg/hora.

Sin deshidratación:

- Plan A, en el domicilio.
- Comenzar alimentación en el centro de salud.
- Control 24 horas.

Sigue deshidratado:

Continua plan B 2 horas mas.
Reevaluar: si se ha hidratado o no se ha hidratado.

Aumento la deshidratación:
Derivar para plan C.

Criterios de exclusión para tratamiento en las postas: menores de 2 meses con algún grado de deshidratación.
Deshidratado grave: vómitos incersibles, shock, ileo, convulsiones.

