



Mi Universidad

Flash Cards

*Clínica de ginecología y Obstetricia
Dr. Miguel de Jesús García Castillo
Licenciatura en Medicina Humana
7to Semestre
Alumno: Jeferson Enrique Ogaldes Norio*

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de octubre de 2024

NEUMONIA

Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso (viral o bacteriano), por MO que son adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Sin hospitalizaciones 7 días previos

Epidemiología

- Principal causa de morbi-mortalidad en <5 años
- 2 millones de muerte x año en México
- Es más fcte en niños 1-5 años
- Etiología varia de acuerdo a grupo etario, época del año etc.

Fisiopatología



Etiología

- Virus Respiratorios 79%
 - VSR 60.5%
 - Rinovirus
- 20-30% x Infecciones mixtas
 - S. pneumoniae 76%
 - H. Influenzae B 3%
 - S. Aureus 2%
- RN (+ importantes)
 - S. agalactiae
 - E. coli
 - Klebsiella pneumoniae
 - Listeria monocytogenes
 - Chlamydia Trachomatis

Factores de Riesgo del RN

- Prematuridad
- Bajo peso al Nacer
- Masculino
- RPM >24 h
- Colonización TGU

Factores de Riesgo Ambientales

- Tabaquismo
- Hacinamiento 77%
- Estacionalidad
- Madre adolescente.
- Bajo nivel económico

Clinica



Diagnostico

- Neumonía Típica**
- Clínico
 - Rx de Tórax
 - Consolidación lobar (unilateral)
 - Hemocultivo
 - Aspiración de liquido pleural
 - TAC: absceso

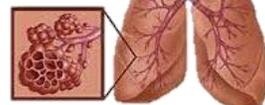


- Neumonía Atípica**
- Clínico
 - Rx de Tórax
 - Infiltrado intersticial condensación (bilateral)
 - Hemocultivo
 - Aspiración de liquido pleural

Tratamiento

- Neumonía Típica**
- Ampicilina IV 150-200 mg/kg/día
 - Amoxicilina VO 80-100 mg/kg/día
 - Ceftriaxona IV 100-150 mg/kg/día (derrame pleural)

- Neumonía Atípica**
- <3 años tratar como la neumonía típica
 - >3 años macrolidos VO o IV



BRONQUIOLITIS

Síndrome clínico de dificultad respiratoria que ocurre en niños <2 años de edad y se caracteriza por síntomas de las vías respiratorias altas seguidos de infección de las vías respiratorias bajas con inflamación, que produce sibilancias y/o crepitaciones

Epidemiología

- <2 años
- Incidencia Max de 3-6 meses de edad
- 90% casos son hospitalizados <12 meses
- Seno materno tiene un efecto protector
- Tabaquismo incrementa la frecuencia de enf. De vías respiratorias inferiores 81.6% a 95.2% en <1 año

Factores de Riesgo

- Prematurez
- Cardiopatía congénitas
- Enf. Pulmonar crónica del prematuro
- Inmunodeficiencia
- Enf. Neuromuscular
- Peso bajo al nacer (<2500gr)



Clinica



Fisiopatología



Etiología

- Etiología Viral que afecta a la vía aérea inferior
- Afectando bronquiolos; caracterizada por inflamación, edema y necrosis de las cel' epiteliales
- Aumento de producción de moco y broncoespasmo
- VSR causa + común

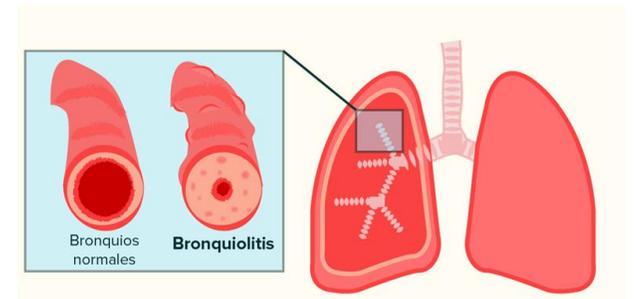


Diagnostico

- Primer Episodio agudo de Sibilancias en un niño <24 meses*
- Disnea
- Existencia de pródrornos de catarro vías altas
- Descritos por Mc Connachie 1993
- Otros
 - Detección e antígenos virales
 - Gasometría

Tratamiento

- De Sostén
- Suplemento de oxigeno
- Nebulización con salina hipertónica al 3%
- Broncodilatadores (salbutamol)
- Asistencia ventilatoria



Clasificación

- Típica
- Atípica



EDAS

Aumento súbito en la emisión de heces (>3 en 24 horas) y disminución de la consistencia de estas (semilíquidas o líquidas) que puede o no estar acompañada de vómito normalmente se autolimita en 3-7 días. (88% de los casos)

Epidemiología

- Segunda causa de muerte en niños de 1-59 meses de edad
- Cada año la diarrea mata 443 832 niños menores de 5 años
- Diarrea causa de malnutrición en niños menores de 5 años



Tipos

Diarrea acuosa

- CC + fcte
- Duración 1-3 días
- Evacuaciones líquidas y abundantes (puede acompañarse de vómito, fiebre y dolor abdominal)
- Principales MO: Vibrio Cholerae, E. coli rotavirus etc

Diarrea disintérica

- CC incluye presencia de sangre en heces
- Duración 5 días >14 días
- Hay fiebre, tenesmo y dolor abdominal
- MO: Shigella spp, E.coli, enteroinvasiva y guardia lambia

Diarrea persistente

- CC duración > 2semanas pero <4
- Infecciosa o no
- Causa + fcte parásitos (entamoeba Hystolitica y guardia lambia)

Fisiopatología

- Diarrea acuosa
 - Se produce daño a las vellosidades intestinales
- Diarrea Disintérica
 - Inflamación e invasión de los enterocitos a nivel del colon
- Diarrea persistente
 - Depende de etiología



Diagnostico

- Estado de Hidratación lo + importante
- Clínico
- Laboratoriales si se sospecha de, alt hidroelectrolítica o metabólica
- Coproscopio y coprológico
 - Sangre, moco, pus
 - >7 días
 - <3 meses (enf. Grave)

Tratamiento

ANTIMICROBIANO	RUTA	DOSIS DIARIA TOTAL	No. de dosis/día	Duración
Ampicilina	VO, IV	100mg/kg	4	5 d
Azitromicina	VO	Día 1: 12mg/kg Día 2-6: 6mg/día	1	5 d
Cefixime	VO	8mg/kg	1	5 d
Ceftriaxona	IM, IV	50mg/kg	1	2-5 d
Ácido Nalidixico	VO	55mg/kg	4	5 d
Trimetoprim/sulfametoxazol	VO	10/50 mg/kg	2	5 d

Factores Protectores

- Lactancia materna exclusiva primeros 6 meses de vida (reduce morbilidad 80%).
- Lavado de manos disminuye hasta 40% riesgo de infecciones
- Vacuna contra rotavirus
- Manejo correcto de alimentos

Clínica

- Aumento en numero de evacuaciones (>3 en 24 hrs)
- Disminución en la consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas)
- Puede asociarse a nausea, vómito, cólico abdominal, fiebre y deshidratación.
- La diarrea se resuelve habitualmente en 5-7 días
- Vómito dura hasta 3 días
- Diarrea sanguinolenta (hematoquecia)

Datos +importantes a la exploración

- Estado general
- Ojos
- Mucosas
- Turgencia
- Pulsos (filiforme)
- Llenado capilar
- AIT patrón respi.



Clasificación

1. Perdida de peso corporal
 1. Escala clínica ECD
 2. Clasificación clínica de deshidratación
 1. Por Porcentaje Corporal perdido
 3. Método DHAKA

PATÓGENOS	RECOMENDACIONES PARA LA TERAPIA CONTRA PATÓGENOS ESPECÍFICOS	
	PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
<i>Shigella sp</i>	Trimetoprim-Sulfametoxazol (TMP-SMZ (si es susceptible) ¹) dosis pediátrica 5 y 25mg/kg respectivamente, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) * o fluoroquinolona ² 2 veces al día por 3 días (v.g. ofloxacina, norfloxacina o ciprofloxacina).	7-10 d
<i>Salmonella sp no typhi</i>	No recomendado rutinariamente, pero si el paciente esta grave o es < 6 meses o >50 años de edad o tiene prótesis, enfermedad valvular cardiaca, malignidad o uremia, TMP-SMZ (si es susceptible) o fluoroquinolona ² como anteriormente se señaló, 2 veces al día por 5-7 días, ceftriaxona 100 mg/kg/día en 1 o 2 dosis.	x 14 d o prolongar si hay recaída
<i>Campylobacter sp</i>	Eritromicina x 5 d ¹ .	Igual, pero requiere prolongar el tratamiento

PLAN DE HIDRATACIÓN ABC



El plan de hidratación ABC es un conjunto de medidas y conductas que se siguen para reponer y mantener el equilibrio hidroelectrolítico de un individuo

Plan A

Niños sin deshidratación Clínica

Síntomas

- Ojos normales
- Estado general de alerta
- Sed normal
- Boca y lengua húmeda
- Elasticidad normal
- Pulso normal

- <1 año = 75 mL de VSO
- >1 año = 150 mL de VSO
- Después de cada evacuación

- Observar por 2hrs
- Observar por 4hrs si:
 - 3 vómitos x hora
 - >10 evacuaciones en 24 hrs
 - Sospecha cólera



Plan B

Deshidratación Leve a Moderada (intolerancia VO)

Síntomas

- Boca y lengua secas
- Inquieto o Irritable
- Ojos hundidos sin lagrimas
- Saliva espesa
- Respiración rápida
- Llenado capilar >2 seg
- Fontanelas hundidas

- 50-100ml x kg en 8 tomas cada 30 min
- Observar por 4 hrs y reevaluar:
 - Si mejora pasar a plan A
 - Si no mejora continuar plan B 2 hrs más
 - Si fracasa pasar a plan C



Plan B

Deshidratación grave (Choque)

- Hidratación IV (NaCl 0.9% a Ringer inicial posterior continuar con SPE)

Síntomas

- Pulso débil o ausente
- Fontanela hundida
- Llenado capilar >2seg
- Somnoliento

Con choque

1. 20mL x kg en 10-15min
2. Si continua con choque repetir bolo
3. Si continua con choque valorar intensivista (si cólera 3er bolo)

- Tx farmacológico
- Ondasetron
 - Racecadotril
 - ZINC
 - Platano verde
 - Lactobacilos

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. Libro CTO de Medicina y Cirugía. ENARM 6ta Edición México. Pediatría