



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

“ IRAS, EDAS Y PLAN DE HIDRATACIÓN ”

Flash Cards POR EDUCAR

IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR

Séptimo semestre “B”

PEDIATRÍA

DR. Miguel de Jesús García Castillo

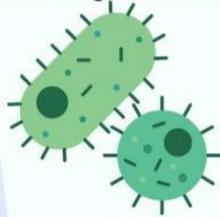
Comitán de Domínguez Chiapas a 09 de octubre de 2024

HABLEMOS SOBRE NEUMONÍA

Afectación del parénquima pulmonar debido a infecciones provocadas por patógenos como hongos, bacterias, virus

PATÓGENOS

S. agalactea: > 3 semanas
Chlamydia trachomatis, virus: 3 semanas- 3 meses
S. pneumoniae: 3 meses-4 años
S. pneumoniae, *M. pneumoniae*: 5-15 años



N. Nosocomial: *Pseudomona aeruginosa*
 NAC: *S. pneumoniae*, *S. aureus*
 N. Parto: *C. Trachomatis*

CLÍNICA

Niños de 3-5 años

TÍPICA

- Fiebre alta abrupta
- Malestar general
- Tos con esputo purulento
- Dolor torácico
- Disnea
- Crepitantes a la auscultación

ATÍPICA

- Cuadro catarral
- Fiebre
- Tos sin esputo (seca)
- Cefalea
- Disnea
- +Evolución lenta del cuadro

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

Hemograma, reactantes de fase aguda
 Imagen: Radiografía de tórax (Parches algodonosos, consolidaciones)



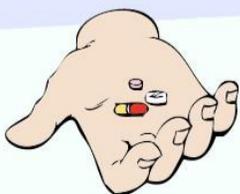
TRATAMIENTO

TÍPICA

No ingreso:
 Amoxicilina oral 80-100mg
 Ingreso:
 Ampicilina IV 150-200 mg
 Esquema de vacunación incompleto:
 Amoxicilina + clavulanico IV u oral
 Derrame:
 Cefotaxima IV 100-150 mg/kg/día

ATÍPICA

- <1 año: sospecha de N. viral Tx sintomático
- >3 años o con sospecha de N. típica
 Macrólidos oral o IV



HABLEMOS SOBRE BRONQUIOLITIS

Primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias, de causa infecciosa, en un niño de menos de 2 años de edad.

VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL

TRANSMISIÓN
- Vía respiratoria
- Fómites

- Invierno y primavera
- Niños de edad entre 3 y 6 meses

FISIOPATOLOGÍA

Obstrucción
bronquiolar

Edema
Acúmulo de
moco
Detritus cel.

- el radio de la vía aérea
- reflejo de la resistencia al paso de aire

Atrapamiento aéreo

Desarrollo de una
hipoxemia progresiva

Niño agotado,
hipercapnia progresiva.

El nivel carbónico en
rango normal e
incluso alto debido a
la polipnea asociada

Clínica catarral

Dificultad respiratoria,
irritabilidad y rechazo
de las tomas

CLÍNICA

AUSCULTACIÓN

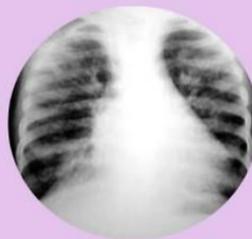
Espiración alargada, sibilancias
expiratorias, crepitantes inspiratorios
y espiratorios e hipoventilación

EXPLORACIÓN FÍSICA

Taquipneico con signos de distrés
(aleteo nasal, retracciones
intercostales y subcostales, etc.) y
SA 8-10

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- Aspirado nasofaríngeo para virus
- Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, e incluyen hiperinsuflación pulmonar, engrosamientos peribronquiales, atelectasias y condensaciones.



TRATAMIENTO

- Oxigenoterapia AF (lactantes y niños 5-10 L/min).
- Adrenalina nebulizada (0.01 mg- 0.5mg)

Principalmente Oxigenoterapia
e hidratación



HABLEMOS SOBRE EDAS

Enfermedades infecciosas con aumento en el número de evacuaciones (>3 en 24 hrs) con disminución de la consistencia (líquidas o semilíquidas)

TIPOS

- **ACUOSAS:** <3 días, daño en vellosidades intestinales. E. coli, Vibrio cholerae.
- **DISENTÉRICA:** +/- 14 días, tenesmo, hematoquesia, disentería, moco en heces. E. coli enteroinvasiva, entamoeba, SHIGELLA
- **PERSISTENTE:** 2-4 semanas. Parásitos, alergia a la proteína A de la LM

EPIDEMIO

- 70-80 % rotavirus
- <5 años
- Primavera-verano: Salmonella, campylobacter

FACTORES PROTECTORES

- Lactancia materna (-80% de rx)
- Vacuna contra rotavirus
- Lavado de manos (-40% de rx)

CLÍNICA

Náuseas, vómito, cólico abdominal, fiebre, deshidratación

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Estado general: ojos, mucosas deshidratadas
- Turgencia, pulsos disminuidos, llenado capilar retardado, alteración respiratoria

DIAGNÓSTICO

- Estado de deshidratación
- Clínica
- Laboratorios: alteraciones hidroeléctricas o metabólicas
- Coproscópico y coprológico: Sangre, moco, pus
- *>7 días, <3 meses enfermedad grave



DHAKA

- **Sin deshidratación:** Plan A (ABC manejo domiciliario)
- **Con deshidratación:** Plan B (Hidratación oral)
- **Choque hipovolémico:** Plan C (IV)

DESHIDRATACIÓN CON PÉRDIDA DE PESO:

- Leve -> 5%
- Moderado -> 5-10%
- Severo -> >10%

TRATAMIENTO

- **Ondasetron:** Disminuir síntomas de náuseas y vómito
- **Racecadotril:** Diarrea aguda
- **Zinc:** Reducción de la duración, número de evacuaciones y reducción de vómito
- **Lactobacilos:** Saccharomyces boydardii y lactobacillus ramosus

SHIGELLA, YERSENIA, CAMPYLOBACTER, E. COLI:
AZITROMICINA O CIPROFLOXACINO

CLOSTRIDIUM:
METRONIDAZOL



HABLEMOS SOBRE

PLAN DE HIDRATACIÓN

SIN DESHIDRATACIÓN

A

- <1 año: 750 ml VSO
- >1 año: 150 ml VSO

Después de cada evacuación

- Observar por 2 horas
- Observar 4 horas

*3 vómitos por hora. 10 evacuaciones en 24 horas^A



DESHIDRATACIÓN LEVE O MODERADA O INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL

B

- 50-100 ml por kg de peso en 8 Tomas cada 30 minutos (4 horas)

Observar 4 horas y reevaluar

- Si mejora, pasar a plan A
- Si no mejora continuar plan B 2 horas más
- Si fracasa nuevamente pasar a plan C



FRACASO DEL TX, REFERIR A SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

DESHIDRATACIÓN GRAVE (CHOQUE) HIDRATACIÓN IV

C

NACL 0.9% O RINGER INICIAL
CONTINUAR CON SOLUCIÓN
POLIELECTROLÍTICA ESTÁNDAR
FRACASO A PLAN A Y B

CON CHOQUE

- 20 ML POR KG DE PESO EN 10-15 MINUTOS
- SI CONTINÚA CON CHOQUE REPETIR BOLO
- SI CONTINÚA VALORAR INTENSIVA (SI TOLERA 3 BOLO)

SI SALE DEL CHOQUE, CONTINUAR CON PLAN B

SIN CHOQUE

- 100 ML POR KG DIVIDIDO EN 3 DOSIS
- 1 HORA 50 ML POR KG
- 2 HORA 25 ML POR KG
- 3 HORA 25 ML POR KG



*CONTINUAR CON LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN NORMAL DURANTE Y DESPUÉS DE LA TERAPIA DE REHIDRATACIÓN

REFERENCIAS:

Manual CTO pediatría 6ed. (2020). Grupo CTO. Recuperado 06 de octubre de 2024, de <https://www.udocz.com/apuntes/579711/manual-cto-pediatria-12-edicion>