



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

**Flash Cards sobre Neumonía,
Bronquiolitis, EDAS, Plan de
Hidratación**

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo "B"

Séptimo Semestre

Materia: Clínicas de Pediatría

**Docente: Dr. Miguel de Jesús García
Castillo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre de 2024



NEUMONÍAS

Es una infección aguda al parénquima pulmonar incluyendo bronquios, bronquiolos y tejido vascular

Cuadro de dificultad respiratoria

- + Alt. en auscultación
- + Fiebre
- + Coloración de flemas y fétidas
- + RX: Condensaciones/infiltrados

= **Neumonía**
Frecuente en niños de 1-5 años

AGENTE CAUSAL

NEUMONÍA NOSOCOMIAL

- S. Aureus
- S. Aureginosa

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

- S. Pneumonie
- Virus respiratorios

NEUMONÍA PERIPARTO

- Chlamydia Trachomatis

EDAD DE APARICIÓN

- < 3 sem: S. Agalactie, L. Monocytógenes
- 3 sem. – 3 meses: C. Trachomatis, VSR
- 3 meses – 4 años: VSR, V. Parainfluenzae, V. Influenza
- 5 – 15 años: M. Pneumonie, S. Pneumonie

SINTOMÁTICO

- Analgésicos
- Antipiréticos, O2terapia

Neumonía atípica

< 3 años y vírica: Tx sintomático

> 3 años: Macrólidos V.O.

TRATAMIENTO



- < 48 HDEU: inflamatoria
- > 48 HDVEU: Infecciosa

ELIMINAR LA ETIOLOGÍA

- Antibiótico
- Tratamiento antiviral

Neumonía típica

Ingreso: Ampicilina IV. (150-200 mg/kg/día)

No ingreso: Amoxicilina V.O. (80-100 mg/kg/día)

Derrame pleural: Cefotaxima (150-200 mg/kg/día)

BRONQUIOLITIS

Es el primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias de causa infecciosa en un niño de menos de dos años
Supone la causa más frecuente de enfermedad y hospitalización en menores de 1 año

Cuadro de catarro de VRS 72

horas antes

- + SDR progresiva
- + Tos seca, Febrícula, Rechazo de tomas
- + Px Taquipneico, Sx. de diestrés
- + Alteraciones en la auscultación

=

BRONQUIOLITIS

DIAGNÓSTICO

Clínico

RX Tórax

- Hiperinsuflación
- Condensación/atelectasia

Gasometría
Valorar la gravedad

Clínico



AGENTE CAUSAL

Virus Sincitial Respiratorio



TRATAMIENTO

Hidratación y nutrición oral

De forma electiva y parenteral en caso de intolerancia grave, DR o apneas

Oxigenoterapia a demanda

Adrenalina nebulizada en Px. con mejoría a esta

ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS

Aumento súbito en la emisión de heces (> 3/24 horas) y disminución de su consistencia (semi o líquidas) con o sin vómito. Duración de 3-7 días aproximadamente

TIPOS

DIARREA ACUOSA

Cuadro clínico más frecuente
Duración promedio: 1-3 días
Se produce en vellosidades intestinales
Evacuación líquida y abundante

Etiología

- Vibrio Cholerae
- Escherichia coli enterotoxigénica
- Rotavirus
- Norovirus

DIARREA DISENTÉRICA

Presencia de sangre en heces
Duración de 5-14 días
Inflamación e invasión de enterocitos en colon
Fiebre, tenesmo, DA

Etiología

- Shigella spp
- Escherichia coli enteroinvasiva
- Entamoeba histolytica

DIARREA PERSISTENTE

Cuadro de duración de > 2 semanas y < de 4 semanas
Etiología infecciosa o no infecciosa

Etiología

- Parasitosis
- Alergia a la toxina de leche de vaca
- Enfermedad celiaca



Importancia la deshidratación

Laboratorios: alteración hidroeléctrica

70-80% son víricas (Rotavirus)

DIAGNÓSTICO

Clínico

Coprocópico y coprológico

TRATAMIENTO

- Impedir y tratar la deshidratación
- Plan de hidratación
- Antidiarreicos

- Tratar la etiología
- Antibióticos según lo requiera
- Vida suero oral

- Azitromicina o ciprofloxacino
- Metronidazol

- Ondansetrón
- Racecadrotilo



	0	1	2
APARIENCIA GENERAL	Normal	Sediento, inquieto, irritable al estímulo	Somnoliento, piel fría o sudoroso, comatoso
OJOS	Normal	Discretamente hundidos	Muy hundidos
MEMBRANAS MUCOSAS	Húmedas	Pegajosas	Secas
LÁGRIMAS	Presente	Disminuidas	Ausentes
PESO CORPORAL	Normal	Pérdida de peso corporal de 1 a 5 %	Pérdida de peso corporal >6 %
	0 = sin deshidratación 1 a 4 = deshidratación leve 5 a 8 = deshidratación moderada a grave		

PLAN DE HIDRATACIÓN

Importantes para tratar y prevenir la deshidratación en pacientes con enfermedades diarreicas agudas

Estado de hidratación

Rehidratación vía oral con sales de hidratación de baja osmolaridad

Rehidratación con solución IV con Lactato Ringer o Cloruro de Na al 0.9%

- No evitar LM y evitar bebidas azucaradas y refrescos

	0	1	2
APARIENCIA GENERAL	Normal	Sediento, inquieto, irritable al estímulo	Somnoliento, piel fría o sudoroso, comatoso
OJOS	Normal	Discretamente hundidos	Muy hundidos
MEMBRANAS MUCOSAS	Húmedas	Pegajosas	Secas
LÁGRIMAS	Presente	Disminuidas	Ausentes
PESO CORPORAL	Normal	Pérdida de peso corporal de 1 a 5 %	Pérdida de peso corporal >6 %
0 = sin deshidratación 1 a 4 = deshidratación leve 5 a 8 = deshidratación moderada a grave			

PLAN A

Px sin deshidratación

< 1 año
75 ml por evacuación

> 1 año
150 ml por evacuación

Observar por 2 horas y reevaluar

PLAN B

Px con deshidratación leve

50 100 ml/kg de peso en 2-4 horas, fraccionados en 8 dosis cada 30 minutos
NO VO con sonda orogástrica

Revalorar a las 4 horas y reevaluar

PLAN C

Px con deshidratación moderada a grave

Estabilizar al px. Colocar acceso vascular e iniciar reposición IV.
Sol lactato Ringer o Sol. Salina 0.9%
1° hora: 60 ml/kg/hora 3 cargas 20 ml/kg
2° hora: 25 ml/kg/hora
3° hora 25 ml/kg/hora

Bibliografía

México, A. (2022). *Manual ENARM Pediatría*. ACADEMIA AMIR MÉXICO .

Rubio, A. D. (s.f.). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. México: Grupo CTO Editorial.