

Materia:
Clínica Pediátrica

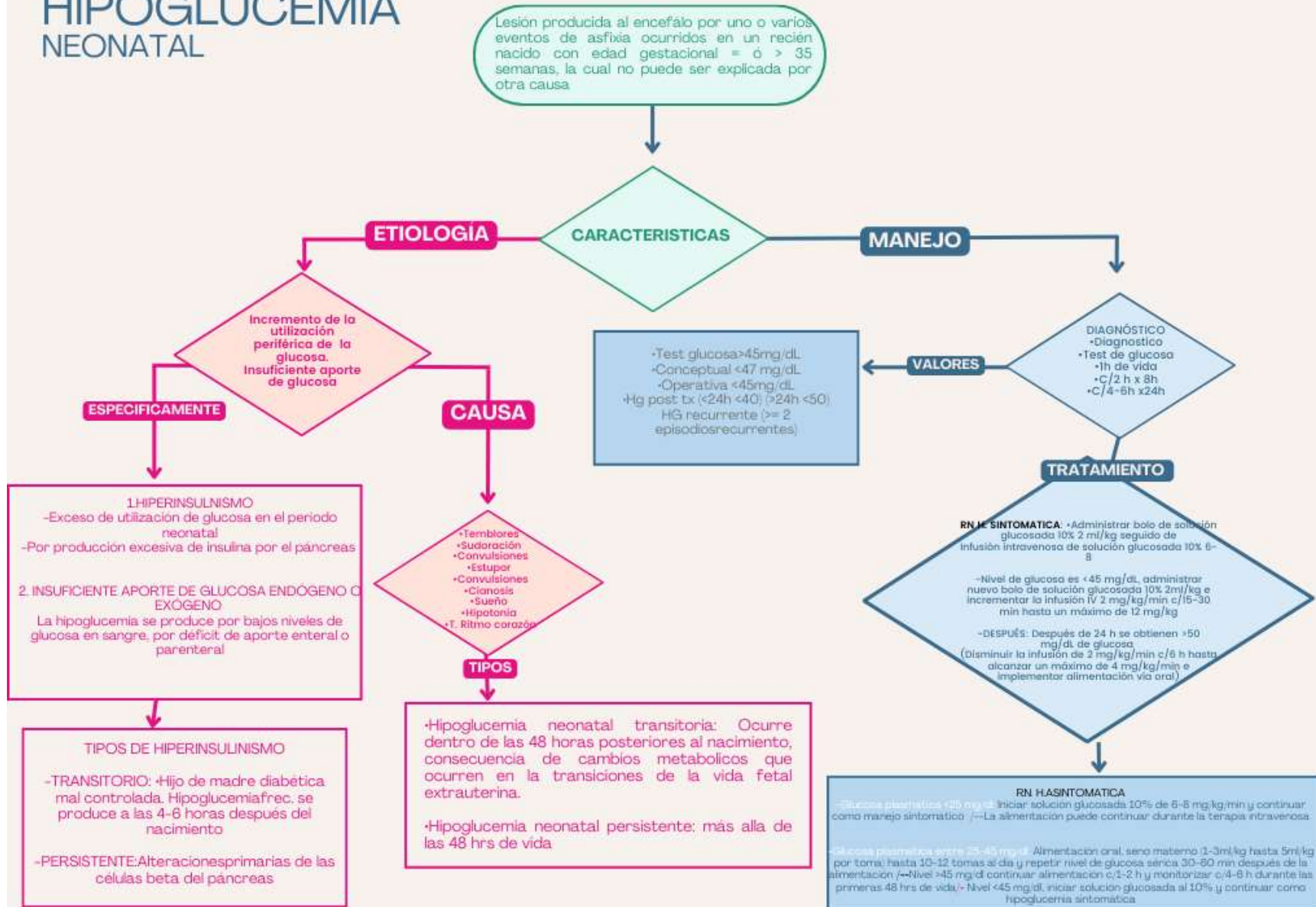
Nombre del trabajo:
“Diagramas de flujo”

Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: “A” Grado: “7”

Docente:
Dr. Miguel de Jesús Cancino García

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Lesión producida al encefalo por uno o varios eventos de asfisia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional = ó > 35 semanas, la cual no puede ser explicada por otra causa



CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES

Son descargas eléctricas neuronales anormales que tiene manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos que se presentan de manera no provocadas y únicas.

ETIOLOGIA

CARACTERISTICAS

MANEJO

Base biológica de las CF no está bien establecida, se relaciona con la interacción de varios factores. (+Frec)

ESPECIFICAMENTE

- MADURATIVOS: -Hipotesis (Inmadurez en mecanismos termorreguladores) +susceptibilidad a sufrir una CF).
- INMUNOLOGICOS: Un desequilibrio entre citoquinas pro- y antiinflamatorias
- INFECCIOSOS: Principalmente **influenza A**, coronavirus y herpes tipo B
- GENETICOS: -**Gemelos** monoigotos (53% diigotos (18%)).
--Familia de 1era línea (10-15%).

CAUSA

Convulsión febril simple	Convulsión febril compleja
<ul style="list-style-type: none"> • Duración menor de 15 minutos • Crisis generalizadas • Ocurre una vez en 24 horas • Sin periodo post-ictal 	<ul style="list-style-type: none"> • Duración mayor de 15 minutos • Crisis focales • Recurrente dentro de 24 horas • Con periodo post-ictal

Si cumple al menos uno ya es compleja

TIPOS

Tipos	Terminología
CE focales (parciales) Sin alteración del estado de conciencia	<ul style="list-style-type: none"> Parcial Simple: Motora, Sensorial, Autónomica, Psíquica Parcial compleja: Motora, Sensorial, Autónomica, Psíquica Parciales con generalización secundaria: CPS que evoluciona a CTCG, CPS que evoluciona a CTCG, CPS que evoluciona a CPC y secundariamente se generaliza
CE generalizadas Con pérdida del estado de conciencia	<ul style="list-style-type: none"> Tónico-clónicas Tónicas Clónicas Ausencias: Típicas, Atípicas Moclicónicas Atónicas: Focales, Generalizadas, Segmentarias, Multifocales
CE no clasificables	Focal Generalizadas

CARACT POR TIPO

	Crisis típicas	Crisis atípicas
Edad	6 meses-5 años	< 6 meses > 5 años
Tipo	Generalizada	Focal o compleja
Duración	< 15 minutos	> 15 minutos
Pruribica	< 1 hora	> 1 hora
Inicio	En < 24 horas desde el inicio del cuadro febril	En > 24 horas desde el inicio del cuadro febril
Numero de crisis	Una sola vez en un cuadro febril	Recurrente en un mismo cuadro febril
Facilidad neurológica antecedentes	No	Haber haber
	No antecedentes de crisis anteriores de crisis febril típica	Haber haber antecedentes de epilepsia

COMPLEJA -BUSCAR CAUSA DE FONDO
 * Glucosa
 * Punción lumbar
 * En tratamiento con antibióticos que enmascaren síntomas
 * Inmunización incompleta (S-2 neumonías y H. influenzae)
 * Síntomas sugerentes de meningitis
 * Neuroimagen
 * Signos de focalización o HTE

OTROS

HISTORIA CLÍNICA
 -Tiempo de inicio de la convulsión
 -TT capilar
 -Búsqueda factores asociados: Antecedentes de convulsiones
 -Historia familiar de convulsiones
 -Inmunización reciente
 -Síntomas de infección reciente
 -Búsqueda signos meníngeos (irritabilidad, fontanelas abombadas, rigidez de nuca, hipotonía)

TRATAMIENTO

- PRIMEROS 5 MINUTOS:**
- Mantener la calma
 - Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo
 - Controlar vía aérea
 - Evitar objetos en la boca
 - Medir la duración de la CC
 - Remover artesis
- FARMACOS**
- Administrar diazepam IV, nasal o rectal: 0.25-0.5mg/kg (Velocidad no mayor de 2 min)
 - Administrar midazolam IV, nasal o rectal: 0.05-0.3mg/kg dosis (Repetir dosis 5 minutos después si es necesario)
 - No mayor a dos dosis

SI LA CRISIS PERSISTE

• Administrar fenitoina IV 15-20mg/kg/dosis (Dosis máxima 1gr -- Velocidad máxima de 1mg/kg/min)

Si persiste:
 Ingresar a UCI
 Traslado a tercer nivel

ERGE DEL LACTANTE

Cuando la regurgitación causa síntomas o complicaciones digestivas o extra digestivas (REGURGITACION: Paso del contenido gástrico hacia el esófago "sin esfuerzo alguno", sin complicaciones)

ETIOLOGIA

Actividad motora propulsiva desorganizada del cuerpo esofágico
 → La presión disminuida del esfínter esofágico inferior
 → Retorno del vaciamiento gástrico
 → Hipersecreción del ácido por el estómago
 → El más importante en la génesis de la RGE son las relaciones transitorias del esfínter esofágico inferior

PUDIENDO SER

-RGE fisiológico: Con cuadro clínico y exploración física es suficiente en niños con regurgitaciones sin síntomas acompañantes

-ERGE: Se realizan pruebas diagnósticas cuando no responden al tratamiento inicial o tienen manifestaciones extradigestivas.

CAUSA

- Síntomas digestivos (o típicos)
 - Regurgitaciones
 - Vómito
 - Disfagia
 - Frenos
 - Hematemesis
 - Dispepsia
- Síntomas extradigestivos
 - Apnea
 - Irritabilidad
 - Cianosis
 - Aspiración pulmonar
 - Estridor
 - Tos crónica
 - Falta para crecer
 - Dificultad para la alimentación o deglución

CLINICA

-MAS FCT: Reurgitación, irritabilidad, vómito
-ERGE NO COMPLICADO: "Vomitadores felices", reflujo gastroesofagico sin esfuerzo, regurgitación sin dolor en niños aparentemente sanos, crecimiento normal

OTROS (APVL): Náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, retraso en el crecimiento, pérdida de peso

CARACTERISTICAS

CLINICA
 MAS FCT: Reurgitación, irritabilidad, vómito

Edad	Cantidad por toma	Frecuencia por toma
Recién nacidos	45 - 90 ml (1,5 - 3 onzas)	Cada 2 - 3 horas
2 Meses de edad	120 - 150 ml (4 - 5 onzas)	Cada 3 - 4 horas
4 Meses de edad	120 - 180 ml (4 - 6 onzas)	Depende de la frecuencia de las tomas
6 Meses de edad	180 - 230 ml (6 - 8 onzas)	Cada 4 - 5 veces al día

MANEJO

JUNTO CON

DIAGNÓSTICO
 -pH metría de 24 hrs
 pH <3% Normal
 pH >7% Anormal

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Se recomienda la posición en decúbito menores de 12 meses (No se recomienda la posición semisupina o sentada, ya que exacerba los eventos de ERGE)
- ALIMENTACIÓN de acuerdo a capacidad gástrica
- Posturas adecuadas para amamantar

FARMACOS:

- DOMPERIDONA (RGE, Vómitos, regurgitación), 0.2-0.4mg/kg/12hrs
- METOCLOPRAMIDA: Evita el reflujo (aumenta el tono vagal del esfínter esofágico inferior- de 0.1-0.15 mg/kg (3 VECES DÍA)
- CISAPRIDA RESTRINGIDO (<25KG) 0.2 mg/kg/6-8hrs (>25KG) 0.5MG/KG/6HRS

OTROS

- BP: 0.3-3.5mg/kg/ día
- Lactantes: Omeprazol, lansoprazol, esomeprazol
- Niños y Adolescentes: Pantoprazol, rabeprazol

QUIRURGICO: Esofagitis persistentes, vómitos que no responden a los BP, Enf pulmonar (aspiración), falla del tx, dependencia a largo plazo del tx, poco apego al tx, complicaciones que amenazan la vida

SER NIVEL: Síntomas después del tx o no se resuelven después de los 2-18 meses de edad, con complicaciones / falla de madre, disfagia, odinofagia, anorexia/Anemia, asmita, eventos de ahogamiento, esofagitis severa, esófago de barret.

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA VACA

-Reacciones de hipersensibilidad iniciadas por un mecanismo inmunitario específico contra la proteína de la leche de vaca.
 -Estas reacciones pueden ser mediadas por anticuerpos IgE, mecanismos mixtos o de tipo no IgE.

CARACTERÍSTICAS

ETIOLOGIA

Los principales alérgenos de la leche son la caseína y la beta lactoglobulina. La caseína es la responsable del 80% de los problemas de la leche entera y la beta lactoglobulina es una proteína extraña para la especie humana.

CLINICA

SINTOMAS DE APARICIÓN RÁPIDA
 -Urticaria, ronchas
 -Sibilancias
 -Picazón o sensación de hormigueo al rededor de la boca o los labios
 -Angioedema
 -Tos o dificultad para respirar
 -Vómitos
 -Anafilaxia

S. DE APARICIÓN LENTA
 -Diarrea
 -Hematoquecia
 -Calambres Abdominales
 -Cólico

CAUSA

-APLV aparece durante los primeros meses de vida y, por lo general, antes de los seis meses.
 -Varía desde diarrea y emesis hasta anafilaxis potencialmente mortal
 -Deshidratación

TIPOS

- DE INICIO RÁPIDO**
- **Mediada por IgE**
 - Los síntomas ocurren dentro de una hora después de la ingestión
- DE INICIO LENTO**
- **No mediada por IgE**
 - Los síntomas tardan horas o días en presentarse

MANEJO

1. Si hay signos de anafilaxia o reacción inmediata:
 Eliminación de la dieta + pruebas de IgE sérica.
 *+ = DX
 * - = y los síntomas mejoran después de la eliminación de la dieta: → desafío oral.
 * Vuelven a aparecer: DX
 * No vuelven a aparecer: Se excluye el dx

2. Si los síntomas no son consistentes con anafilaxia o reacción inmediata:
 -Se recomienda una dieta de eliminación.
 -Si los síntomas mejoran:
 Realizar una provocación oral
 -Si los síntomas reaparecen: DX
 -No vuelven a aparecer: Se excluye el dx

3. Si los síntomas no mejoran después de la dieta de eliminación:
 • Esto elimina el diagnóstico de alergia a la leche de vaca y se debe realizar una evaluación adicional para evaluar al paciente

ESPECIFICAMENTE

DIAGNÓSTICO
 -Clínico
 -Eliminación de la dieta
 -Pruebas de punción cutánea
 -IgE específicas séricas
 ↑ ↓ E

TRATAMIENTO

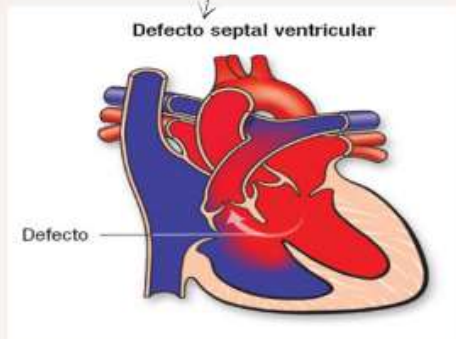
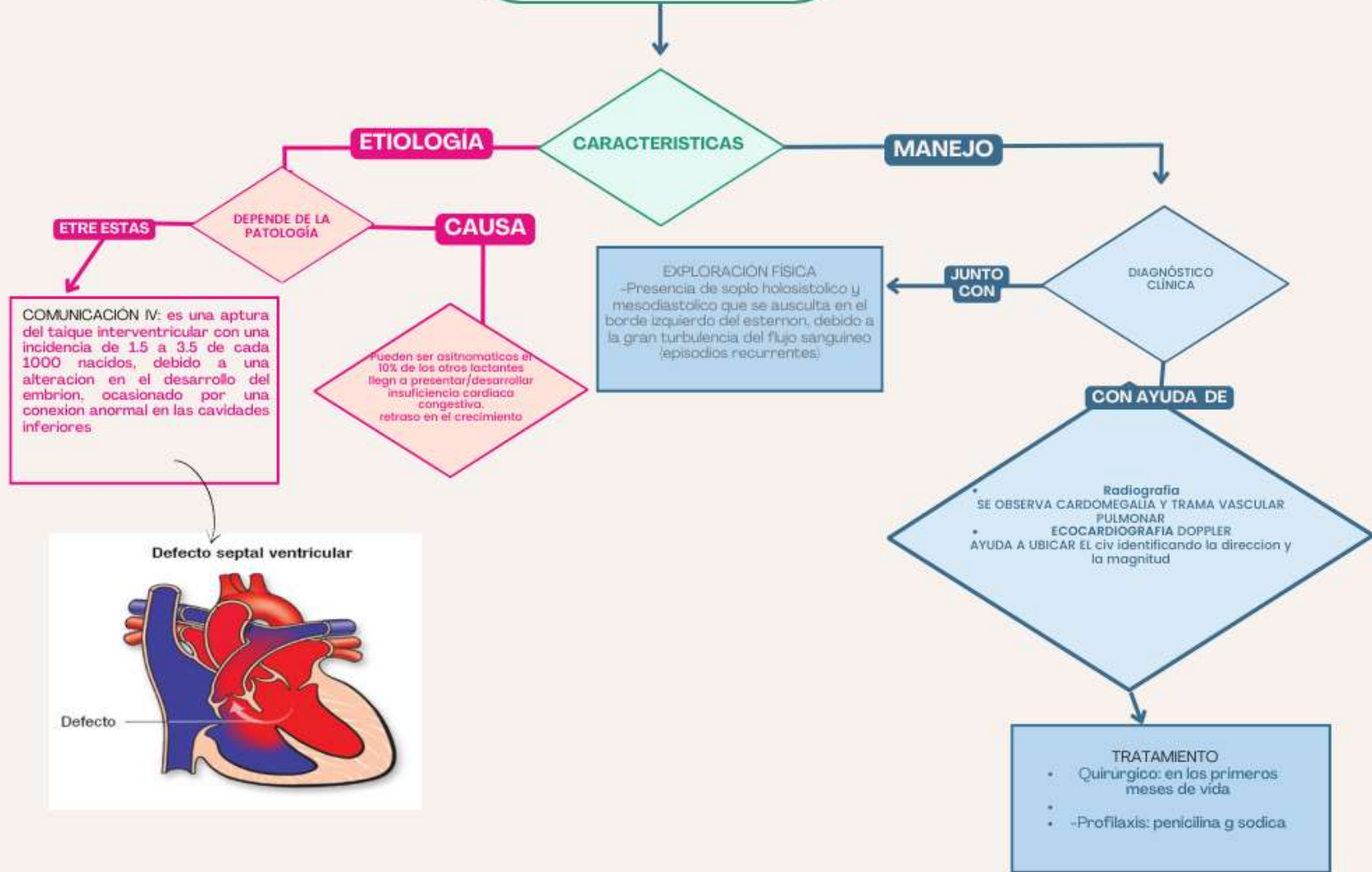
SUSPENDER LA INGESTA DE MANERA ABSOLUTA PARA EL PACIENTE Y LA MADRE 8 EN CASO DE AMAMANTAR)
 -Buscar sustitutos de leche

SUSTITUTOS
 a) Fórmula extensamente hidrolizada
 b) Fórmula con base de aminoácidos
 c) Fórmula de soja
 d) Fórmula parcialmente hidrolizada

EN CASO DE ANAFILAXIA
 -Adrenalina (ra línea)
 -Broncodilatadores, glucocorticoides y antiestamínicos

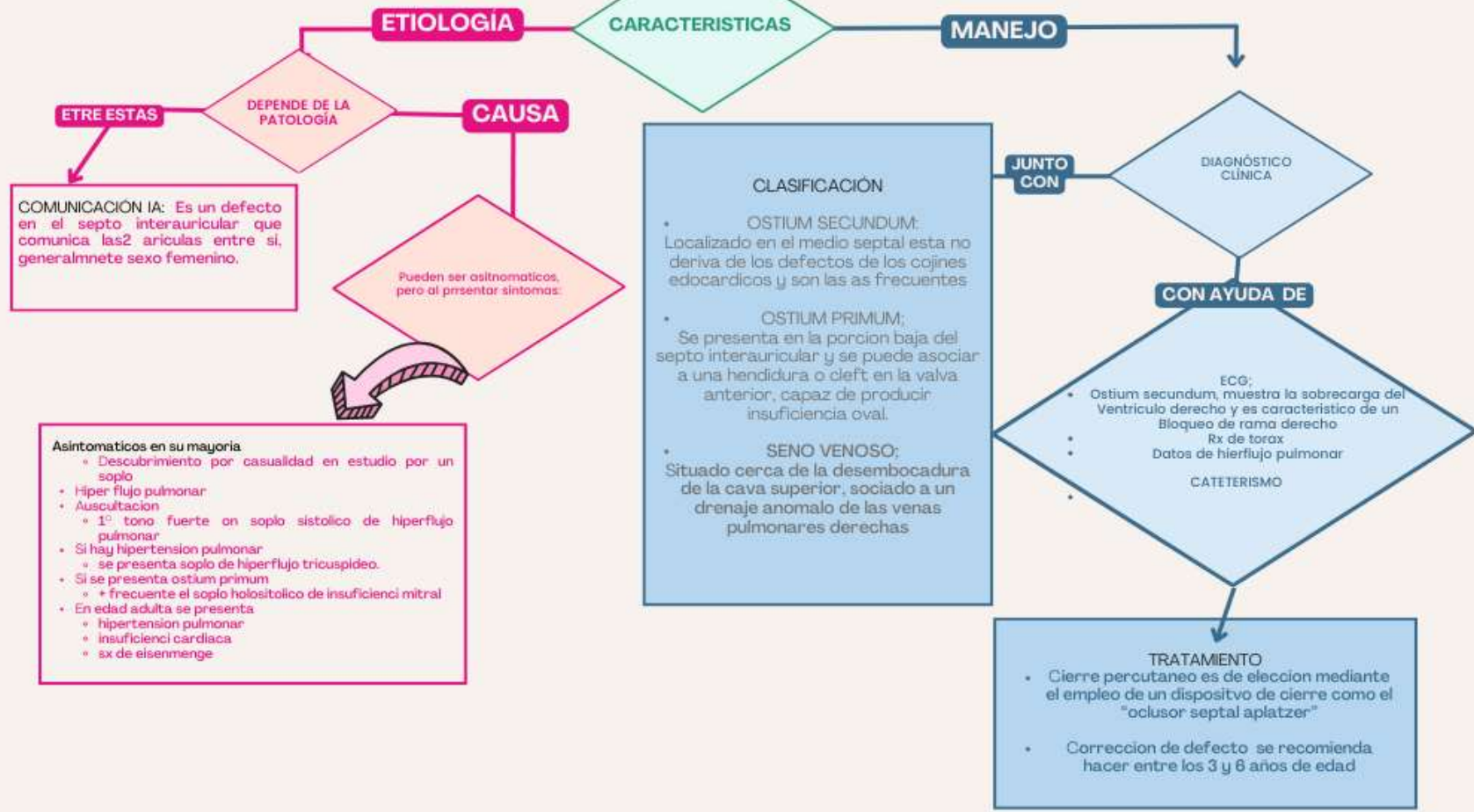
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CIV)

Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CIA)

Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



ETRE ESTAS

DEPENDE DE LA PATOLOGÍA

CAUSA

COMUNICACIÓN IA: Es un defecto en el septo interauricular que comunica las 2 aurículas entre sí, generalmente sexo femenino.

Pueden ser asintomáticos, pero al presentar síntomas:

- Asintomáticos en su mayoría**
- Descubrimiento por casualidad en estudio por un soplo
 - Hiper flujo pulmonar
 - Auscultación
 - 1º tono fuerte on soplo sistólico de hiperflujo pulmonar
 - Si hay hipertension pulmonar
 - se presenta soplo de hiperflujo tricuspideo.
 - Si se presenta ostium primum
 - + frecuente el soplo holosistólico de insuficienci mitral
 - En edad adulta se presenta
 - hipertension pulmonar
 - insuficienci cardlaca
 - sx de eisenmenge

CLASIFICACIÓN

- **OSTIUM SECUNDUM:** Localizado en el medio septal esta no deriva de los defectos de los cojines edocardicos y son las as frecuentes
- **OSTIUM PRIMUM;** Se presenta en la porcion baja del septo interauricular y se puede asociar a una hendidura o cleft en la valva anterior, capaz de producir insuficiencia oval.
- **SENO VENOSO;** Situado cerca de la desembocadura de la cava superior, sociado a un drenaje anomalo de las venas pulmonares derechas

DIAGNÓSTICO CLÍNICA

CON AYUDA DE

- ECG; Ostium secundum, muestra la sobrecarga del Ventriculo derecho y es caracteristico de un Bloqueo de rama derecho
- Rx de torax
- Datos de hierflujo pulmonar
- CATERETERISMO

JUNTO CON

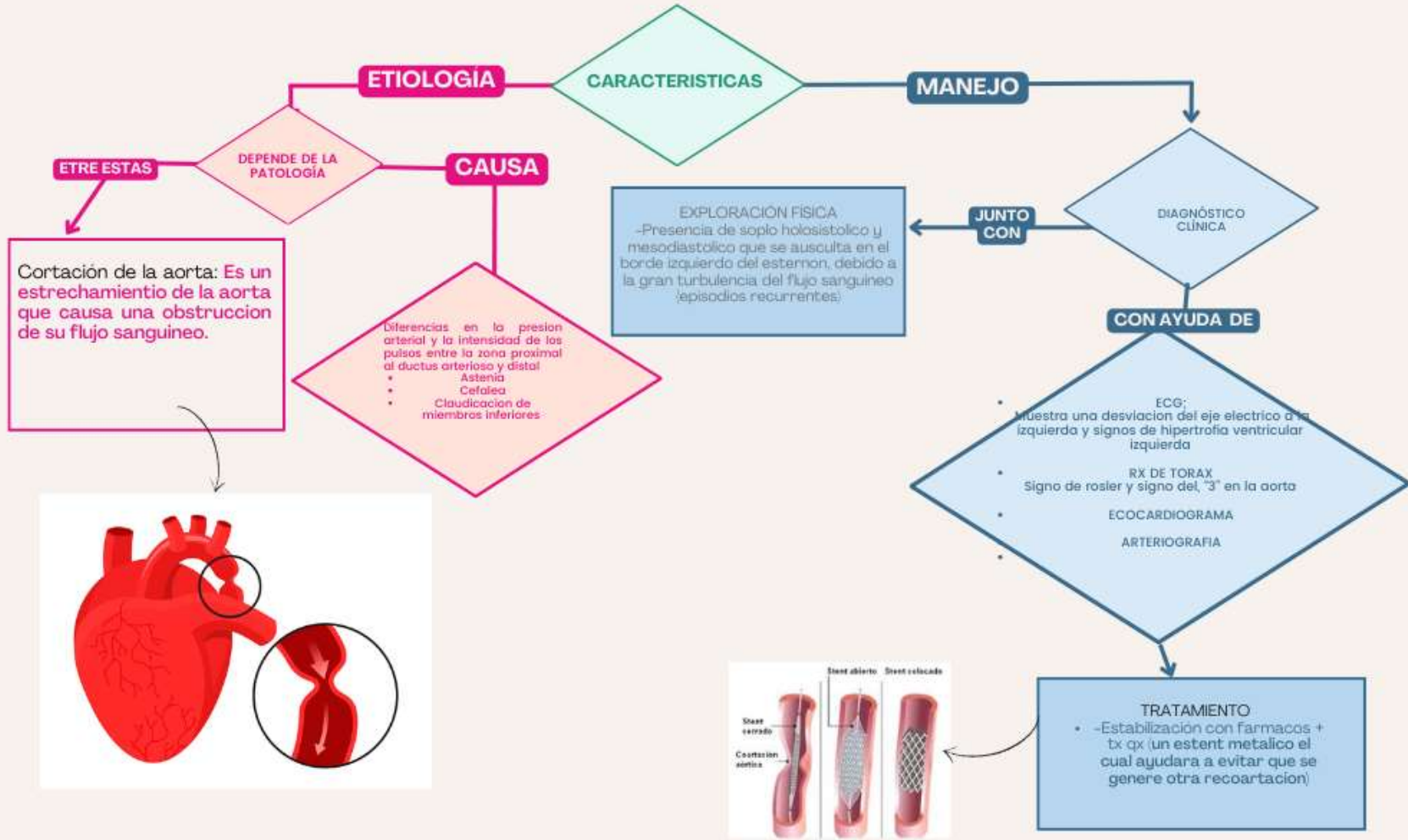
CLASIFICACIÓN

TRATAMIENTO

- Cierre percutaneo es de eleccion mediante el empleo de un dispositivo de cierre como el "oculor septal aplatzer"
- Correccion de defecto se recomienda hacer entre los 3 y 6 años de edad

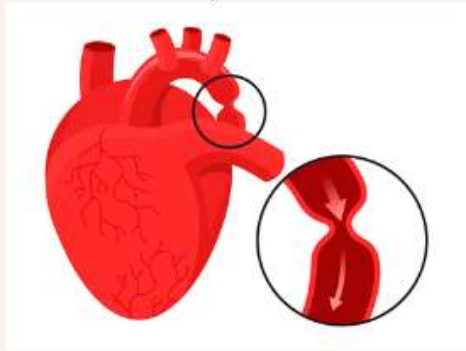
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (COARTACIÓN DE LA AORTA)

Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



ETRE ESTAS

Cortación de la aorta: Es un estrechamiento de la aorta que causa una obstrucción de su flujo sanguíneo.

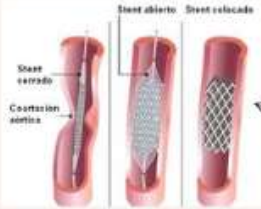


EXPLORACIÓN FÍSICA
 -Presencia de soplo holosistólico y mesodiastólico que se ausculta en el borde izquierdo del esternon, debido a la gran turbulencia del flujo sanguíneo (episodios recurrentes)

- CON AYUDA DE**
- ECG: Muestra una desviación del eje eléctrico a la izquierda y signos de hipertrofia ventricular izquierda
 - RX DE TORAX: Signo de rosier y signo del "3" en la aorta
 - ECOCARDIOGRAMA
 - ARTERIOGRAFIA

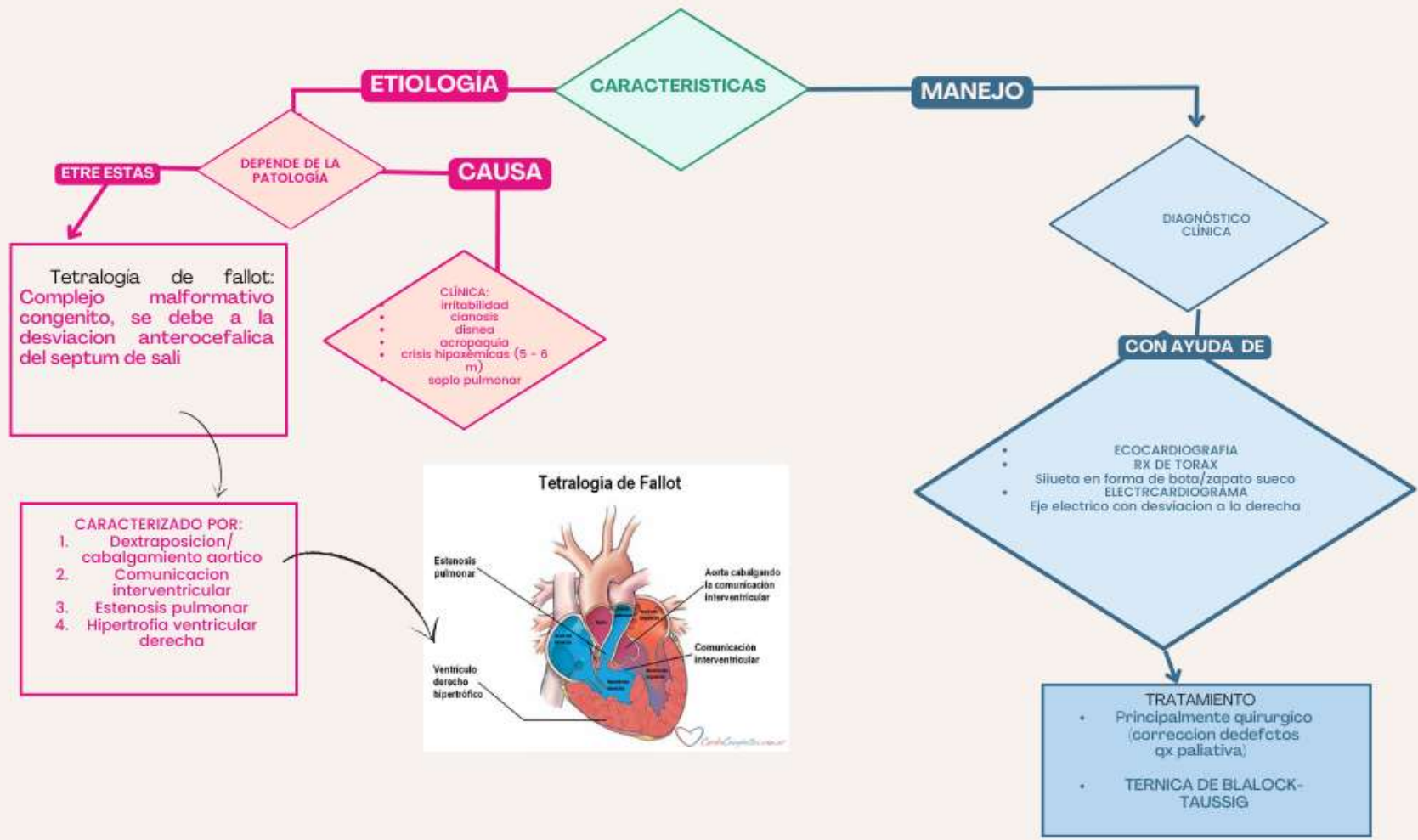
TRATAMIENTO

- -Estabilización con fármacos + tx qx (un estent metálico el cual ayudara a evitar que se genere otra recoartación)



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (TETRALOGÍA DE FALLOT)

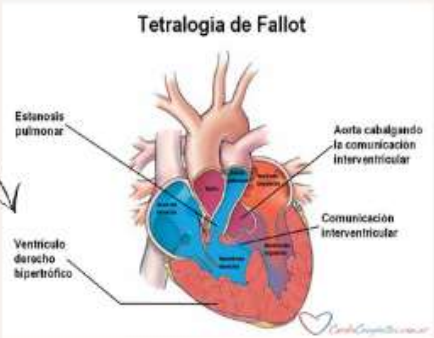
Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



ETRE ESTAS

Tetralogía de fallot: Complejo malformativo congénito, se debe a la desviación anterocefálica del septum de sali

- CARACTERIZADO POR:**
1. Dextraposicion/cabalgamiento aortico
 2. Comunicacion interventricular
 3. Estenosis pulmonar
 4. Hipertrofia ventricular derecha

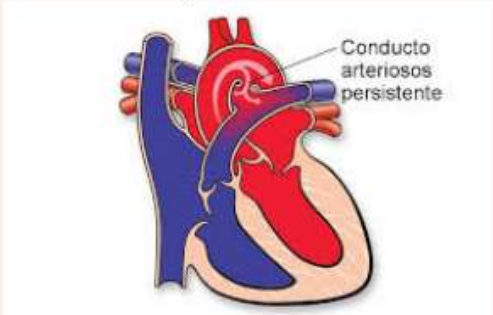
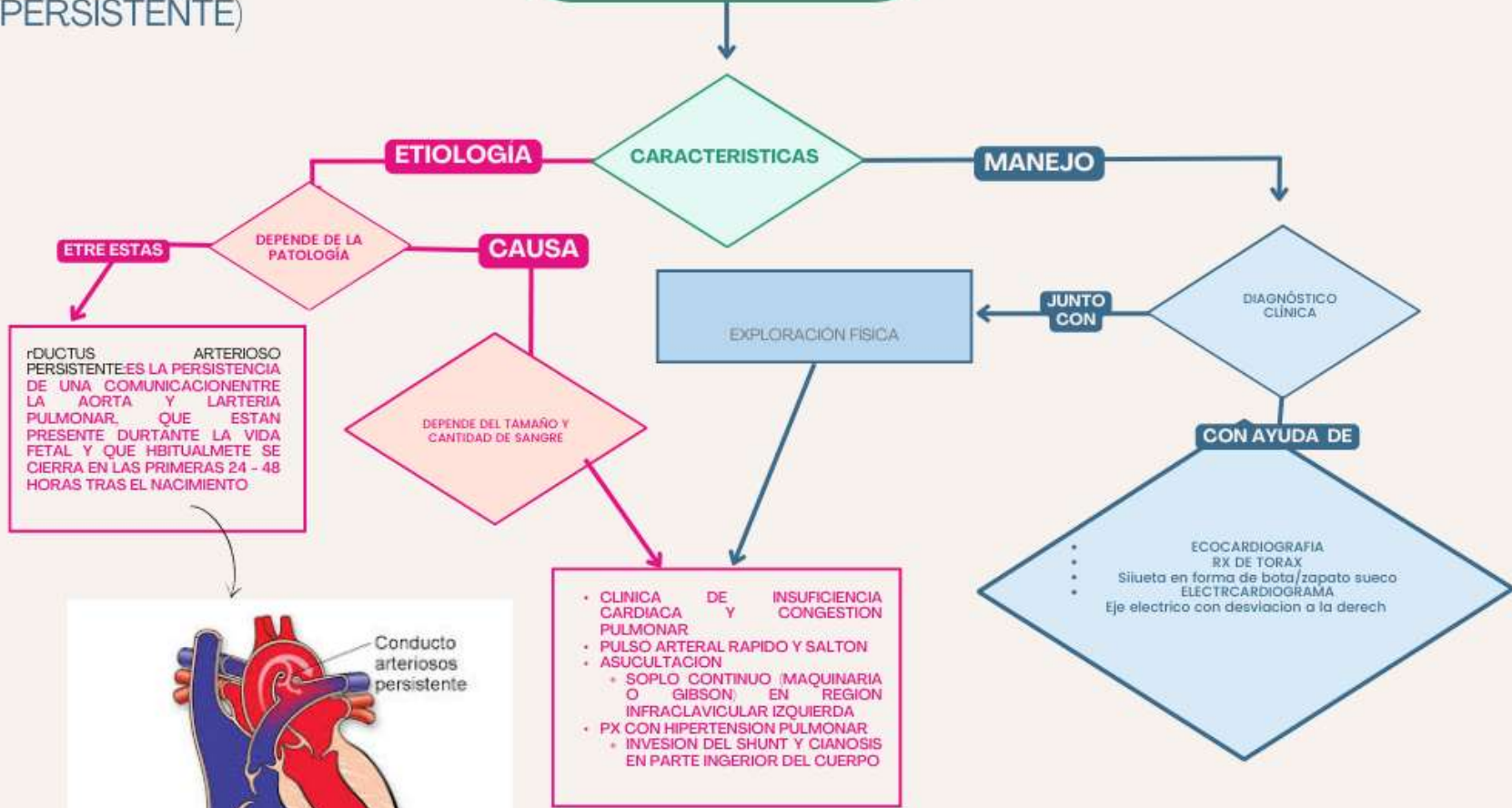


TRATAMIENTO

- Principalmente quirurgico (correccion dedefctos qx paliativa)
- TERNICA DE BLALOCK-TAUSSIG

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE)

Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



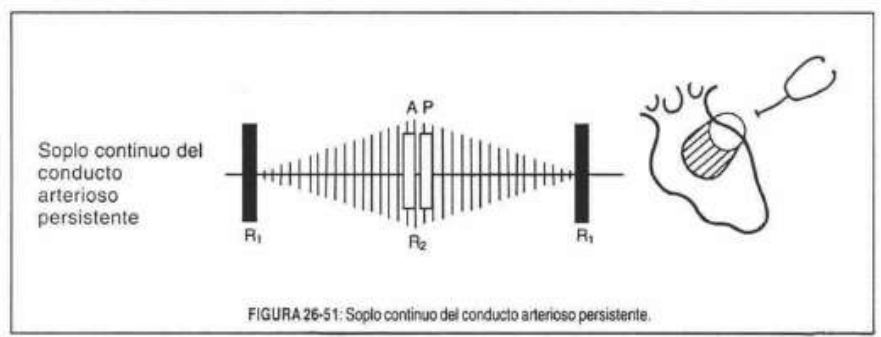
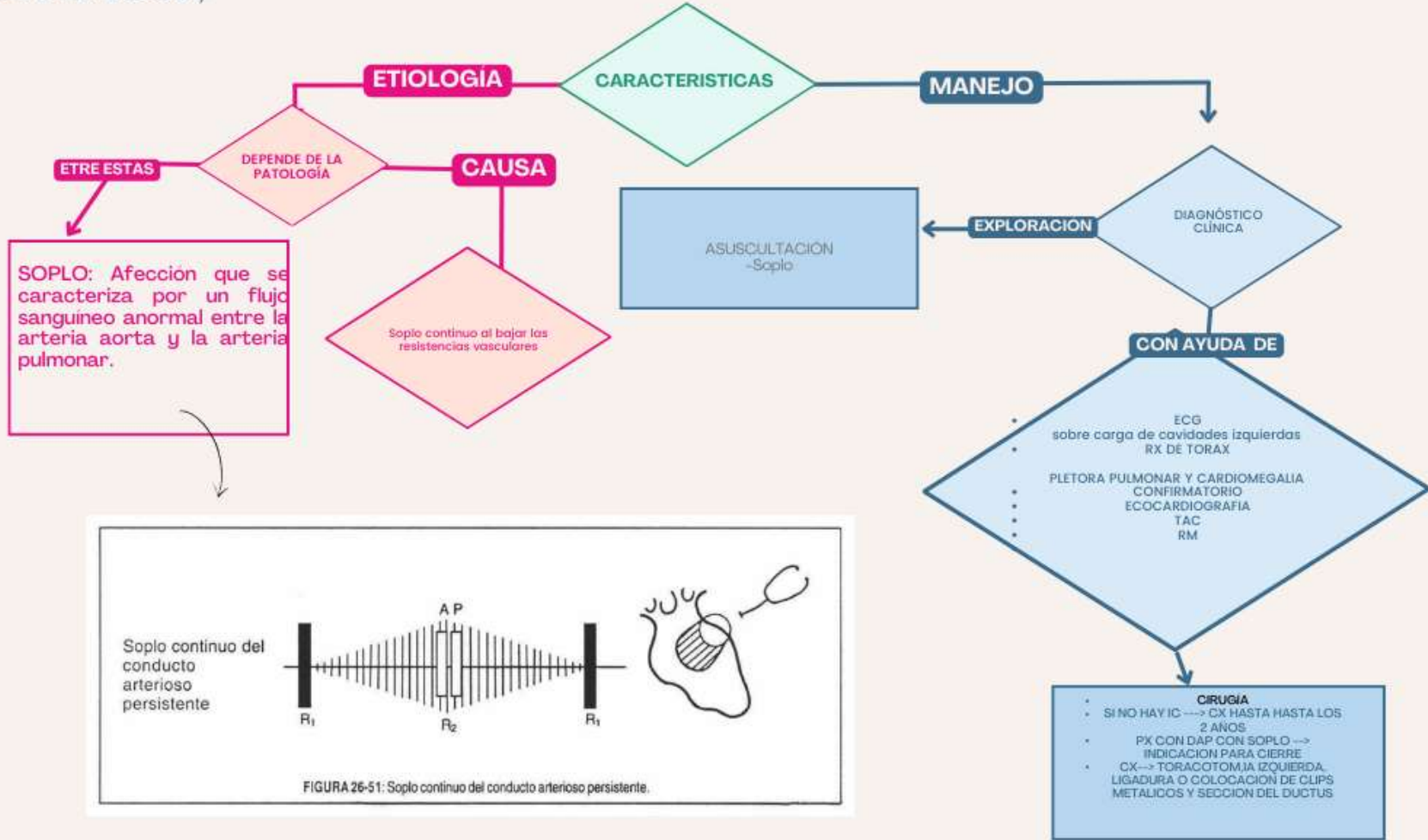
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE ES LA PERSISTENCIA DE UNA COMUNICACION ENTRE LA AORTA Y LA ARTERIA PULMONAR, QUE ESTAN PRESENTE DURTANTE LA VIDA FETAL Y QUE HBITUALMETE SE CIERRA EN LAS PRIMERAS 24 - 48 HORAS TRAS EL NACIMIENTO

- CLINICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y CONGESTION PULMONAR
- PULSO ARTERIAL RAPIDO Y SALTON
- ASUCULTACION
 - SOPLO CONTINUO (MAQUINARIA O GIBSON) EN REGION INFRACLAVICULAR IZQUIERDA
- PX CON HIPERTENSION PULMONAR
 - INVERSION DEL SHUNT Y CIANOSIS EN PARTE INFERIOR DEL CUERPO

- CON AYUDA DE
- ECOCARDIOGRAFIA
 - RX DE TORAX
 - Siueta en forma de bota/zapato sueco
 - ELECTRCARDIOGRAMA
 - Eje electrico con desvlacion a la derech

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (SOPLO EN LA PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO)

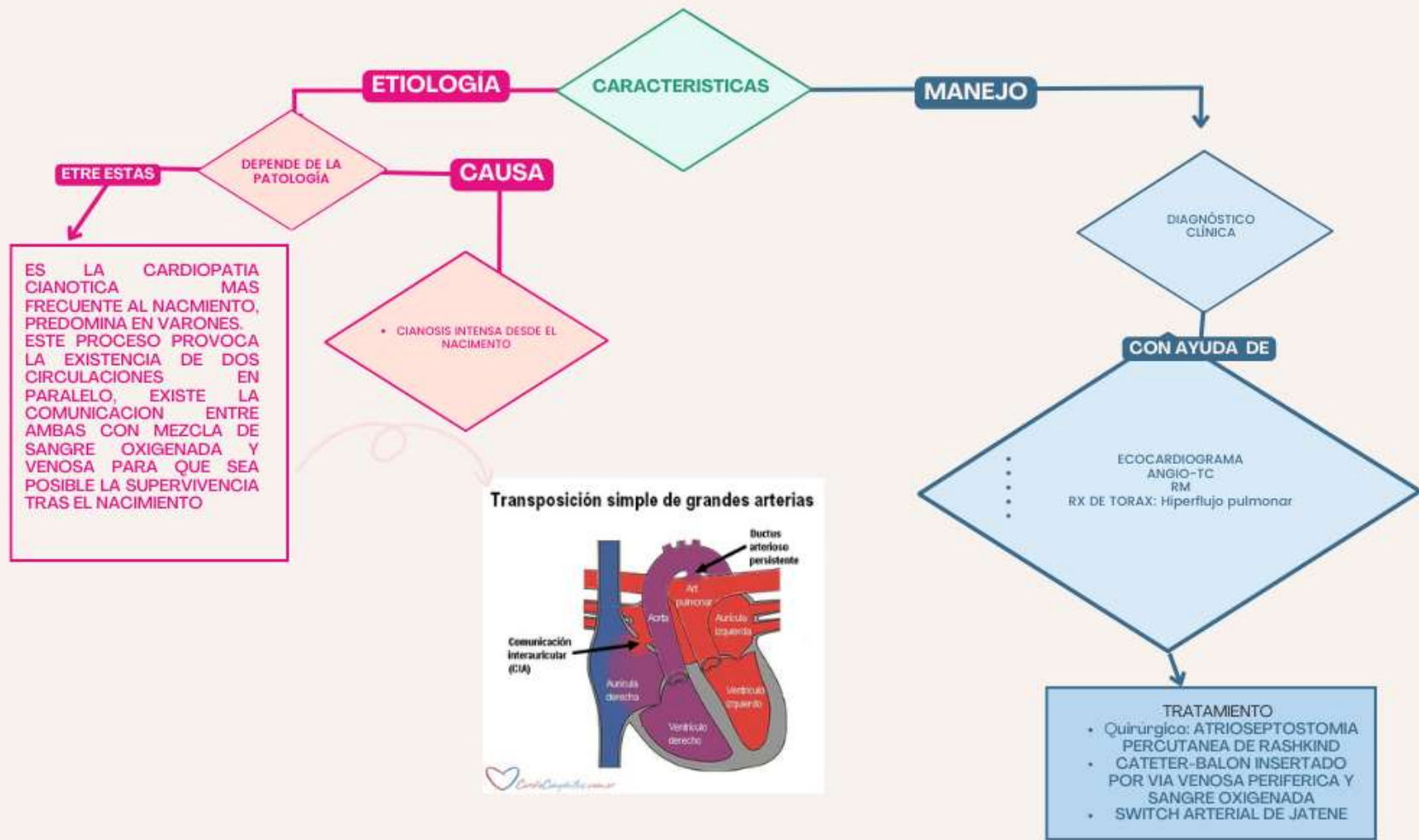
Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

(TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS)

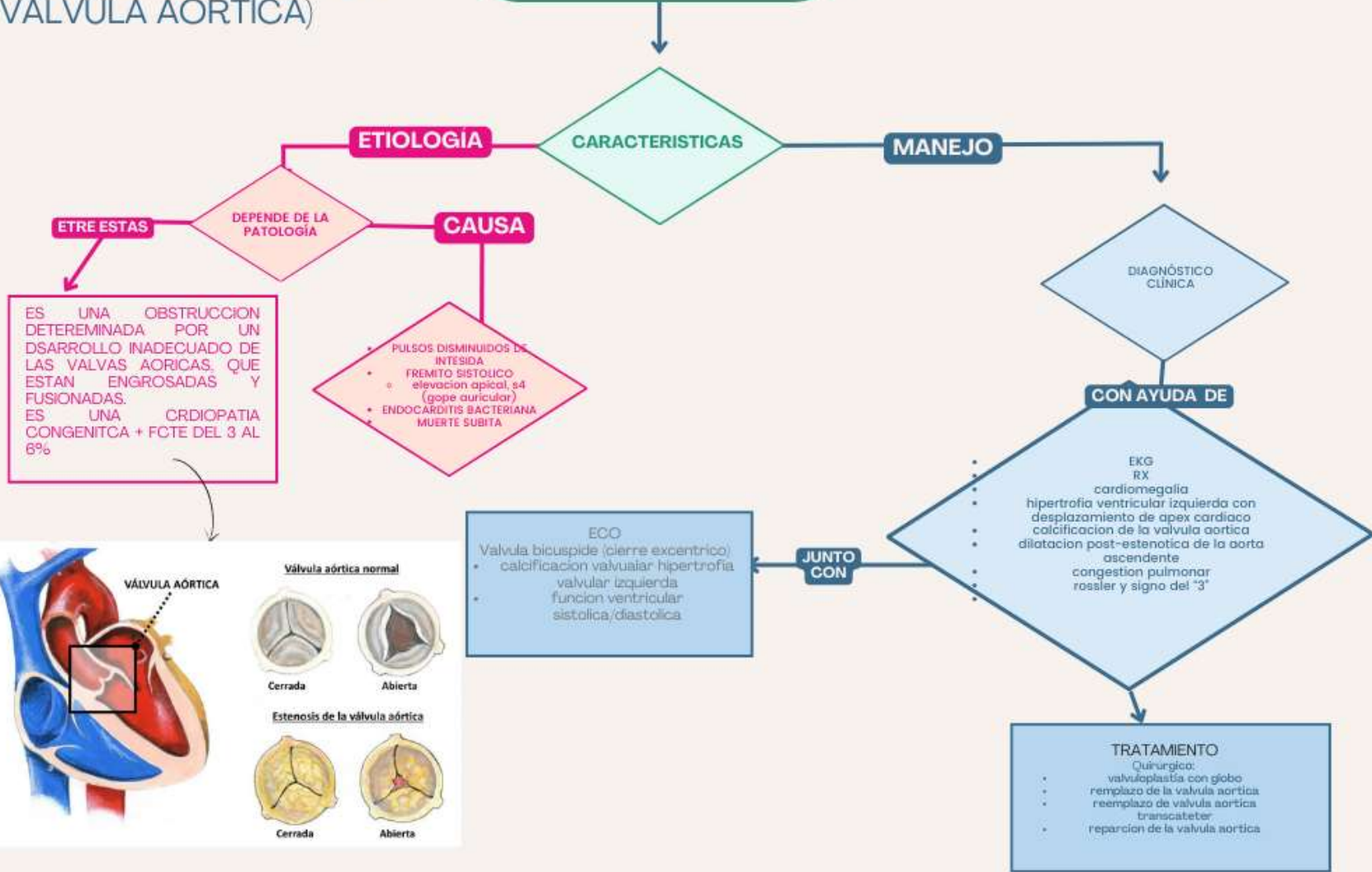
Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



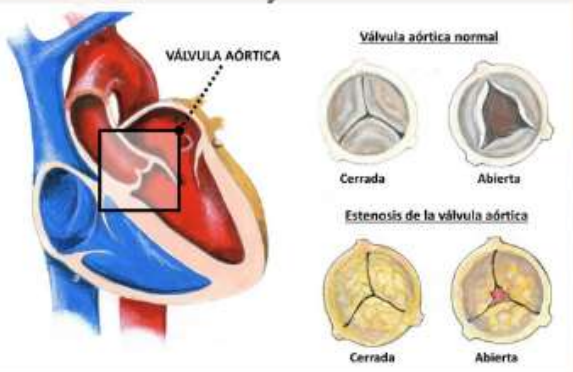
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

(ESTENOSIS DE LA VALVULA AORTICA)

Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



ES UNA OBSTRUCCION DETERMINADA POR UN DSARROLLO INADECUADO DE LAS VALVAS AORICAS, QUE ESTAN ENGROSADAS Y FUSIONADAS.
ES UNA CRDIOPATIA CONGENITCA + FCTE DEL 3 AL 6%



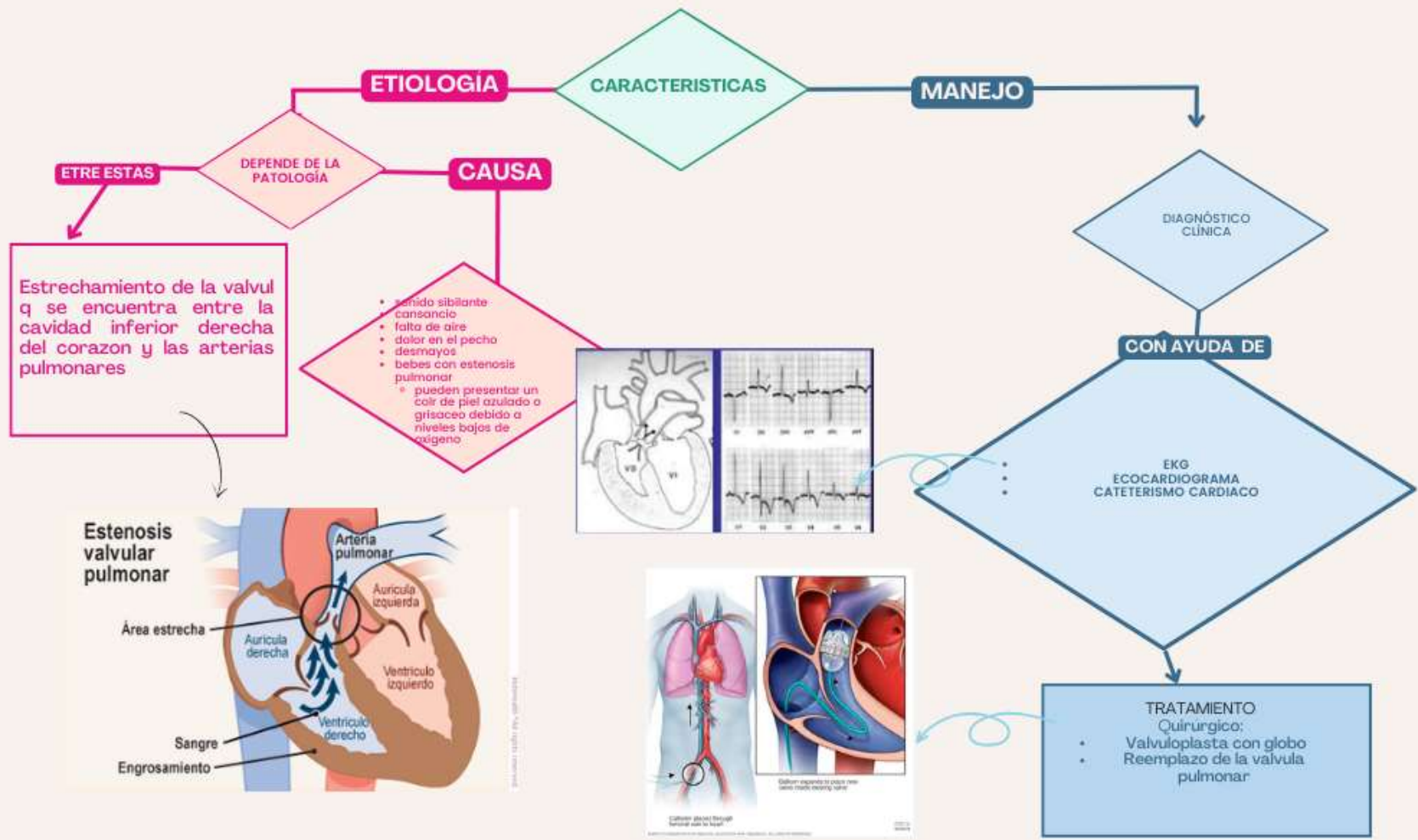
ECO
 • Valvula bicuspid (cierre excentrico)
 • calcificacion valvular hipertrofia
 • valvular izquierda
 • funcion ventricular sistolica/diastolica

TRATAMIENTO
 Quirurgico:
 • valvuloplastia con globo
 • remplazo de la válvula aortica
 • remplazo de valvula aortica transcater
 • reparacion de la válvula aortica

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

(ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR)

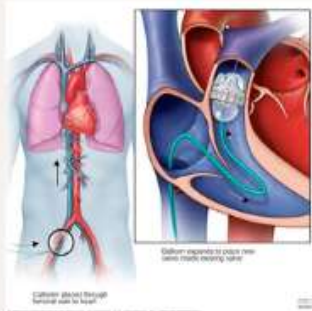
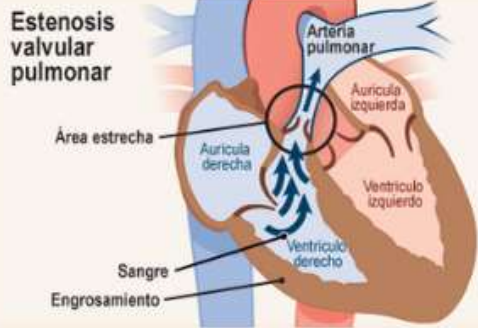
Es una anomalía en la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer.



ETRE ESTAS

Estrechamiento de la valvula q se encuentra entre la cavidad inferior derecha del corazon y las arterias pulmonares

- CAUSA
- sonido sibilante-consonante
 - falta de aire
 - dolor en el pecho
 - desmayos
 - bebes con estenosis pulmonar
 - pueden presentar un color de piel azulado o grisáceo debido a niveles bajos de oxígeno



TRATAMIENTO

Quirúrgico:

- Valvuloplasta con globo
- Reemplazo de la valvula pulmonar

INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO Y RH

Presencia de uno o más antígenos en el glóbulo rojo fetal que no están presentes en glóbulos rojos maternos

CARACTERÍSTICAS

ETIOLOGIA

-Embarazada Rh (-) con pareja Rh (-):
Implica que ambos padres son homocigotos (dd) y no habrá necesidad de pruebas adicionales.
-Embarazada Rh (-) con pareja Rh (+):
Existe incompatibilidad al Rh.

ETAPAS

1. INCOMPATIBILIDAD RH: Se da cuando la madre es RH- y el feto RH+
2. Isoinmunización al factor RH: Cuando la madre crea anticuerpos contra los glóbulos rojos fetales
3. ERITROBLSTOCIS FETAL: La madre pasa sus anticuerpos IgG a la circulación fetal a través de la placenta, estos comienzan a unirse a los antígenos y a destruir los glóbulos rojos en forma masiva
4. ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL R.N.: No hay por donde eliminarse la bilirrubina, se acumula y produce ictericia del RN.

CAUSA

ICTERICIA NO FISIOLÓGICA

-CUANDO SOBREPASA LA CAPACIDAD DE COMPENSACION DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO:
-Anemia intensa ➔ Palidez marcada
-Hígado inmaduro ➔ mucha bilirrubina indirecta ➔ Encefalopatía bilirrubinémica.
-Kernicterus ➔ Mucha bilirrubinemia indirecta, sobre pasa la capacidad de fijación a la albumina ➔ se deposita en SNC, Ganglios basales y cerebelo ➔ parálisis cerebral

MANEJO

Postnatal:
- Grupo y Rh del RN.
- Hemoglobina y hematocrito.
- Coombs directo.
- Bilirrubina.

POSNATAL

DIAGNÓSTICO Prenatal:
Test de Coombs indirecto: Madre esta sensibilizada frente al antígeno D.
-Seguimiento ecográfico gestacional. En madres sensibilizadas al antígeno D, se vigilara la presencia de signos de alarma: (polihidramnios y aceleración en el flujo de la arteria cerebral media indica anemia fetal)
ENDOCENTESIS

TRATAMIENTO

Fetal (ICTERICIA)
Si existe grave afectación fetal y aun no se ha alcanzado la madurez pulmonar (EG + 35 SDG) esta indicada la realización de **transfusiones intrauterinas** de concentrado de hematies.
Si ya se ha alcanzado una edad gestacional con menor riesgo de complicaciones, se prefiere la **inducción del parto**.
MATERNO (INCOMPATIBILIDAD)
-(+) la madre esta isoinmunizada, por lo tanto la profilaxis no esta indicada y queda evaluar si el feto presenta anemia o no y en que grado esta
-(-) anti profilaxis por que aun no esta sensibilizada: **300 ug de GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTI-D a las 28-32 SDG**

POST NATAL ICTERICIA
-fototerapia
-exanguinotransfusión
-inmunoglobulinas
AL MOMENTO DEL PARTO INCOMPATIBILIDAD
Bebé Rh (+) 2da dosis de gammaglobulina antes de las 72 hrs
Bebé Rh (-) NADA

CLÍNICA

Anemia	De predominio macrocítico. Con poikilocitosis elevada. Eritroblastemia de amplio espectro (desde eritroblastos basófilos hasta eritrocitos). Se puede acentuar en las horas siguientes al nacimiento.
Leucocitos	Leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda (con promielocitos, mielocitos y metamielocitos).
Plaquetas	Normales. En las formas muy graves pueden estar disminuidas con manifestaciones clínicas (púrpura trombocitopénica).
Ictericia	Aumenta rápidamente después del nacimiento. Es de tipo indirecto. Si la bilirrubina sérica directa sobrepasa las 3 mg/100 ml, indica compromiso hepático.
Edema	Es propio de las formas muy graves, en las que puede llegar a la anasarca. Se acompaña de hipocalcemia y está agravada por insuficiencia cardíaca congestiva.
Vicomegalia	Hipotesplenomegalia de grado variable, a veces muy acentuada. Se debe principalmente a homocigosis subarredular y a insuficiencia cardíaca congestiva.
Acidosis	Se presenta en las formas graves, con distres respiratorio e hipoglucemia. Favorece el daño neurológico de la hiperbilirrubinemia indirecta.

