



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Diagramas de flujo

Alumno:

Gómez Méndez Francisco Miguel .

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: A

Grado:7

Materia:

Clínica pediatria

Catedrático :

Dr. Miguel de Jesús Castillo Garcia

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 diciembre de 2024

Hipoglucemia neonatal

Se conoce como hipoglucemia neonatal transitoria que ocurre dentro de las 48 horas posterior al nacimiento .
Rango < 45 mg / dl

Factores de riesgo

Grande para la edad gestacional .
Hijo de madre diabetica .
Parto prematuro o Posttermino .
Dificultad para alimentarse .

Etiologia

Recien nacidos la hipotermia persistente puede provocar hipoglucemia grave y acidosis metabolica

Epidemiologia

Incidencia global entre 1.3 y % 1000 nacidos vivos. hasta el 72 % de los recién nacidos tienen factores de riesgo.

Prevencion

Mantener temperatura corporal entre 36.5 / 37.5 .
Lactancia materna en los primeros 30 - 60 minutos de vida .
Iniciar contacto piel a piel.

Clinica y diagnostico

Diagnostico

- Diagnostico : glucosa sanguinea con valores < 45 mg / dl
- FR o sintomas

Clinica

Estupor - 100%
Agitacion 81 %
convulsiones 58 %

Tratamiento

Glucosa rangos de 75 - 100 mg / dl .
manejo del recién nacido sano

Glucosa < 45 mg / dl

Bolo solucion glucosada 10 % 2ml x kg.

Infusion solucion glucosada 10% 6 - 8 mg / kg

Meta terapeutica - > 50 mg / dl





Crisis Febriles



Una crisis febril, también conocida como convulsión febril, es un episodio convulsivo que se produce en niños pequeños cuando tienen fiebre:

- Suelen ocurrir en niños entre los 6 meses y los 5 años de edad, siendo más frecuentes a los 18 meses.

Etiología

1- 5 % niños de 9 meses a 5 años.
Predisposición genética .

Epidemiología

Incidencia global entre 1.3 y % 1000 nacidos vivos. hasta el 72 % de los recién nacidos tienen factores de riesgo.

Clinica

Descendecadena por la elevacion rapida de la temperatura.

- primer signo fiebre
- En las primeras 24 horas de fiebre.

Complicaciones

Crisis dura > 15 min - riesgo a padecer epilepsia .
Retraso en el desarrollo

Duracion < 15 min

- Recurrentes en un mismo proceso
- crisis no tonico - clonica :
- crisis parcial que generaliza
- hipotonica
- mioclonica

Clinica y diagnostico

Tratamiento

Durante los primeros 5 minutos / mantener la calma / controlar via aerea / evitar objetos en la boca / medir la duracion de la CC.

FARMACOS

- * administrar diazepam IV , nasal o rectal.- 0.25- 0.5 mg / kg .
- administracion de midazolam IV , nasal o rectal 0.005 -m0,3 mg / kg

Fases de crisis epilepticas

* Fase tonica - hipertonia - perdida de conciencia - apnea.

- Fase clonica - sacudidas de 4 extremidades - duracion 10 min. cede
- postcritico

Tipos de crisis

Focales / simples / complejas
Crisis generalizadas

Diagnostico

- Crisis tipica - cuadro febril - crisis febriles.
- Examen neurologicos
- signos de la causa de fiebre

Complementarias

- < 1 año sin foco de fiebre
- sospecha de infeccion del sistema nervioso.
- EEG / NEUROIMAGEN

Persiste administrar fenobarbital IV 15 - 20 mg / kg / dosis .
dosis maxima 1 mgr



Reflujo gastroesofágico en neonatos

Factores de riesgo

El aumento de los casos se relaciona a enfermedades congénitas, enfermedades que impiden de manera adecuada la deglución

- Los pacientes con mayor riesgo de ERGE son aquellos con:
- Antecedente de reparación de fístulas traqueoesofágicas
 - Atresia esofágica
 - Pacientes con daño o retraso mental
 - Hernia hiatal
 - Displasia broncopulmonar
 - Asma
 - Fibrosis quística
 - Escoliosis
 - Parálisis cerebral espástica
 - Laringomalasia
 - Obesidad
 - Antecedente de prematuréz

Epidemiología

Regurgitación: Paso del contenido gástrico hacia el esófago "sin esfuerzo alguno" en donde mantienen nutrición adecuada y no presentan signos de complicaciones respiratorias ni de esofagitis

- 2/3 de los lactantes <1A --> Patológico 1 de cada 300 lactantes
- 1% de los >1 A continúa con regurgitaciones

- 2/3 de los lactantes <1A --> Patológico 1 de cada 300 lactantes
- 1% de los >1 A continúa con regurgitaciones

Clinica y diagnostico



Diagnostico

ERGE - fisiológico - cuadro clínico .

Enfermedad de reflujo - cuadro clinico y pruebas complementarias.

PHmetria.

E La **pHmetría** esofágica de 24 horas es una herramienta válida y confiable para el monitoreo de reflujo gastroesofágico.

pH < 3% Normal pH > 7% Anormal

R Se recomienda la realización de la serie gastrointestinal superior ante la sospecha de una alteración anatómica del tubo digestivo alto.

Clinica

- Regurgitación
- irritabilidad
- vomito

Tratamiento

- Se recomienda la posición en decúbito menores de 12 meses.

Vomitadores felices

- reflujo gastroesofagico sin esfuerzo .
- vomito sin esfuerzo.
- Crecimiento normal

Farmacologico

Domperidona - 0,25 mg/kg administrados cada 8 h. Máximo : 30 mg/día.

Cisaprida .

2da Linea IBP

Omeprazol

Lansoprazole

Esomeprazol

Cisaprida suspensión	Niños con peso menor a 25 kg:	Suspensión oral
	0.2 mg/kg cada 6 u 8 horas	Cada 100 ml contienen: Cisaprida 100 mg
	Niños con peso mayor a 25 kg y menor a 50 kg:	Envase con 60 ml y dosificador
	5 mg c/6 horas	

E La cirugía se considera más a menudo en pacientes con:

- Esofagitis persistente
- Vómitos que no responden a los IBP
- Enfermedad pulmonar que es claramente debida a la aspiración del material que refluye

E Los lactantes parecen requerir dosis mayores por de peso para algunos IBP, de 0.3 mg a 3.5 mg/kg/ máximo 80 mg/día.

Alergia a la proteína de la leche de vaca



Reacciones de hipersensibilidad iniciadas por un mecanismo inmunitario específico contra la proteína de la leche de vaca.

Éstas reacciones pueden ser mediadas por anticuerpos IgE, mecanismos mixtos o de tipo no IgE.

Factores de riesgo

- Padres con antecedentes de asma .
- padres con presencia de alergias.
- Prematurez.

Epidemiología

- En el mundo desarrollado, la prevalencia parece ser del 2 al 3% en los lactantes.
- A la edad de 6 años, la prevalencia ha caído a menos del 1%

Clinica y diagnostico

Clinica

- La clinica se puede presentar en días o semanas después de ingerir el alimento - rango con mayor presentación en < 6 meses

Diagnostico

Clínico
Eliminación de la dieta

Pruebas de punción cutánea

• IgE específica sérica

Prueba cutánea:
En esta prueba, se pincha la piel y se expone a pequeñas cantidades de las proteínas

Tratamiento

Recomendaciones para la madre

síntomas de inicio rápido

- Urticaria/ronchas
- Sibilancias
- Picazon o sensación de hormigueo al rededor de la boca o los labios
- Angioedema
- Tos o dificultad para respirar
- Vomitos
- Anafilaxia

Inicio lento

- Diarrea
- Hematoquecia
- Calambres Abdominales
- Cólico
- **Anafilaxia**
- Aumento del trabajo respiratorio
- Constricción de las vías respiratorias
- Garganta hinchada
- Enrojecimiento de la cara
- Picor

Cambio de formula

Extensamente hidrolizada

Base de aminoácidos

De soya

Parcialmente hidrolizada

E

Las fórmulas extensamente hidrolizadas a partir de proteínas del suero y caseína o mixtas son toleradas por el 90% de los niños con alergia a la proteína de leche de vaca.

E

Las fórmulas de aminoácidos han demostrado ser toleradas en los niños con sensibilidad a las fórmulas extensamente hidrolizadas de proteínas de suero y de caseína.

E

Se ha documentado que es más frecuente en los lactantes menores de 6 meses de edad la intolerancia a la fórmula de soya.

Alimentos que deben evitar los pacientes con APLV

ALIMENTOS QUE CONTIENEN PROTEÍNA DE LECHE DE VACA	ALIMENTOS QUE PUEDEN CONTENER PROTEÍNA DE LECHE DE VACA
<ul style="list-style-type: none"> • Leche • Leche descremada • Mantequilla • Crema • Margarina • Productos fermentados de suero de leche • Queso • Yogurth • Caseinato • Helados • Flan • Pudín • Gelatina de leche • Chocolates • Cajeta 	<ul style="list-style-type: none"> • Pan (Excepto bolillo) • Galletas elaboradas con leche o derivados • Carnes comercialmente preparadas • Dulces elaborados con leche • Pasteles • Postres elaborados con leche • Aderezos • Alimentos fritos con mantequilla o margarina • Embutidos • Licuados

• Por otro lado, la eliminación estricta de los lácteos en los pacientes que padecen APLV puede generar un déficit nutricional

Incompatibilidad Grupo sanguíneo y Rh

Incomtabilidad entre la sangre del feto (rh+) y la sangre materna (rh -). La madre determina la enfermedad.

Epidemiología

- El 10 % de los embarazos incompatibilidad.
- 5 % de los embarazos con incompatibilidad Rh , tiene lugar el proceso de **isoimmunizacion**

- Sensibilidad materna : producción de anticuerpos maternos debido a la interacción de la sangre fetal como sangre
- (primaria Ig M y secundaria Ig G)

- **Patogenia**
Papa RH + - madre Rh - > hijo Rh +.
si la madre es rh - y el padre rh - > sin datos aparentes.

- **Isoimmunizacion RH** : entrada de antígeno + Ag D del feto en la circulación materna RH lo que desencadena la producción de AC para destruir Ag D fetales

Fisiopatología

- Destrucción de hematies -> Anemia hemolitica .
- Bazo aumento de eritropoyesis -> esplenomegalia.
- Hígado -> aumento de bilirrubina -> hepatoesplenomegalia

Cuando sobrepasa la capacidad de compensación del sistema hematopoyético:

- ✓ **Anemia intensa** → Palidez marcada
- ✓ **Hemolisis intensa** → Ictericia Marcada (1° día de vida)
 - **hígado inmaduro** → no elimina bilirrubina indirecta → Encefalopatía bilirrubinémica
 - **Kernicterus** → Mucha bilirrubina indirecta, sobrepasa la capacidad de fijación a la albumina → se deposita en: SNC, ganglios basales y cerebelo → Parálisis cerebral central, hipoacusia
- ✓ **Cardiomegalia** → insuficiencia cardíaca
- ✓ **Hígado dañado** → ↓ Albumina → ↓ Presión oncótica → Edema → anasarca (2 o + cavidades)
- **Asfixia neonatal** → Edema pulmonar o derrame pleural
- **Déficit de factores de coagulación** → petequias, purpura y trombocitopenia → CID

Diagnostico prenatales

Profilaxis

Clinica

Llevar al feto por encima de la semana 28 de gestacion.

< 13 semanas - gestante rh - + coombs - + sometido a procedimiento hemorragico Tto : ig anti D 150 ug (750 ui) y posterior al evento.

> 13 gestante rh - + coombs - + sometido a procedimiento quirurgico tto : ig anti D 300 ug

Consulta 1 - averiguar el grupo sanguíneo de los padres.

Prueba de COOMBS INDIRECTO- > sospecha de sensibilidad de la madre - busca anticuerpos en la semana 28 .

Positivo - la madre tiene anticuerpos contra el Ag D fetal - valorar anemia y tto.

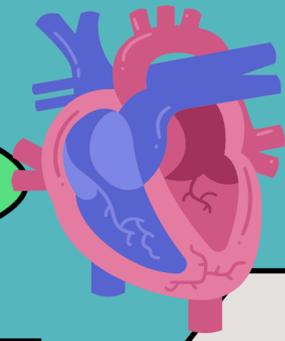
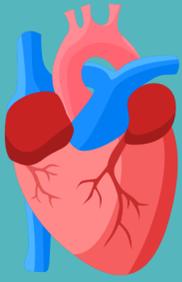
Negativo - la madre no tiene anticuerpos . profilaxis

- Hidropesia generalizada - Anasarca fetoplacentario.
- Anemia hemolitica idiopatica del Rh - Síndrome de ecklin .
- Ictericia grave del Rh } _ sd de pfannenstiel

Valores altos -> 1 / 16 anemia grave
Valores bajos -< 1 / 16 anemia leve

EVALUAR GRADO DE ANEMIA FETAL	
Procedimientos INVASIVO	Procedimientos NO INVASIVO
Líquido amniótico: ↑ bilirrubina indirecta (Nomograma de Liley)	Ecodoppler: Art. Cerebral Media
- Zona 1	↑ Hto = ↑ Viscosidad = ↓ velocidad de flujo
- Zona 2	↓ Hto = ↓ Viscosidad = ↑ Velocidad de flujo
- Zona 3: Anemia grave	
Cordocentesis: Hto ↓	

Cardipatias Congenitas

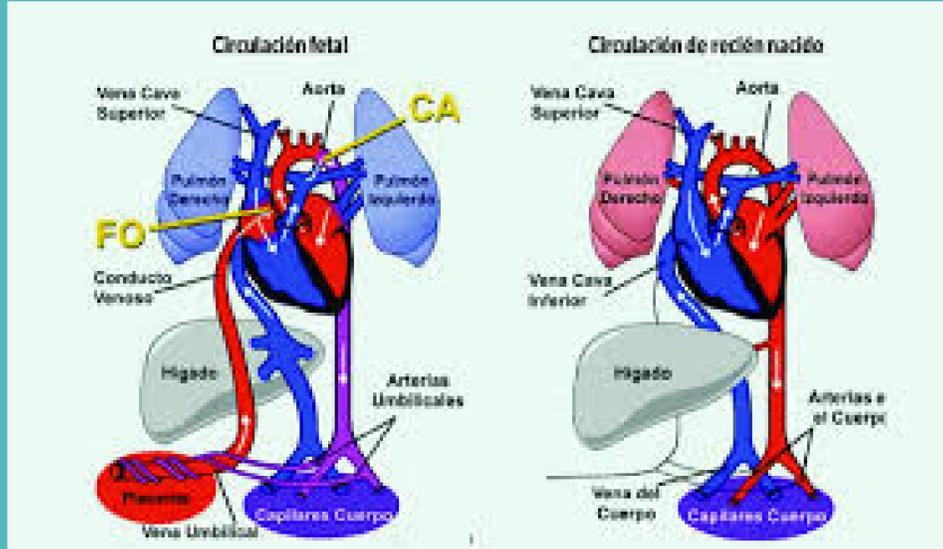


Origenes

Problemas en el corazon que ocurren en las primeras ocho semanas del desarrollo del feto en el embarazo

Muchas de las cardipatias se originan que al momento del nacimiento hay pequeños orificios que no se cierran o una mala localizacion de las estructuras del corazon

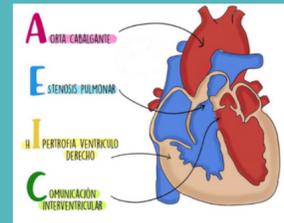
Circulacion fetal



Clasificacion

No cianogenas

Cianoticas



Tetralogia de fallot

•Complejo malformativo congénito, se debe a la desviación anterocefálica del septum de salida

Clinica •Irritabilidad
•Cianosis
•Disnea
•Acropaquia
•Crisis hipoxémicas (5-6 m)
•Soplo sistólico pulmonar

Dx •Elección: Ecocardiografía
○4 características
•RADIOGRAFIA DE TÓRAX
○Silueta en forma de bota (Confirmatorio)



Comunicacion interventricular

Defecto cardíaco ocasionado por una conexión anormal entre las cavidades inferiores del corazón (ventrículos).
El defecto septal ventricular es un defecto cardíaco común que suele estar presente en el momento del nacimiento



Dificultad para respirar, respiración rápida, palidez, insuficiencia para aumentar de peso, sudoración al comer, infecciones respiratorias frecuentes

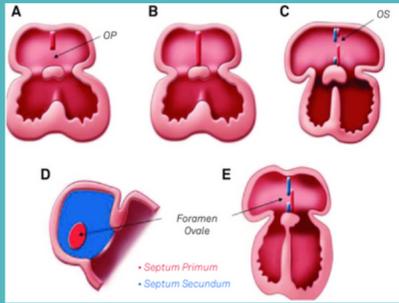
Dx - Ecocardiografía de dopler nos ayuda a la ubicacion de la CIV

Cateterismo para el cierre del tabique .

Comunicacion interauricular

Es una anomalía cardíaca congénita que se produce cuando el tabique interauricular no se forma correctamente durante el desarrollo fetal.

• **clasificación**



• **tx . cierre quirurgico**

• Pero los niños con comunicaciones interauriculares de mayor tamaño y gravedad pueden presentar algunos de los siguientes signos o síntomas:

- falta de apetito.
- escaso crecimiento.
- fatiga extrema.
- falta de aliento.

Transposición de grandes vasos

• Dx Ecocardiografía .
ECG - bloqueo de rama derecha

• **TX . cierre percutaneo quirurgico**

Es la cardiopatía cianótica mas frecuente al nacimiento, predomina en varones. Este proceso provoca la existencia de dos circulaciones en paralelo, existe la comunicación entre ambas con mezcla de sangre oxigenada y venosa para que sea posible la supervivencia tras el nacimiento.

Coartacion aortica

Es un estrechamiento de la arteria aorta que causa una obstrucción de su flujo. se divide en aorta torácica (con las porciones ascendente, cayado y descendente) y la aorta abdominal.

- **Cianosis**, que es una coloración azulada en la piel y las uñas
- Dificultad para respirar
- Respiración rápida
- Frecuencia cardíaca acelerada
- Piel fría o pegajosa
- Dedos de la mano o el pie en palillo de tambor
- Bajo peso

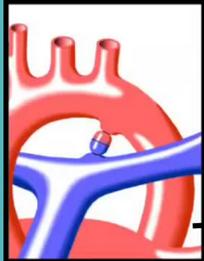
- astenia,
- cefalea
- claudicación de miembros inferiores.

- ECG; se muestra desviación del eje eléctrico a la izquierda y signos de hipertrofia ventricular izquierda.
- Rx de tórax; Signo de Rósier y signo del "3" en la aorta.

Medicamentos: En algunos casos, se puede tratar con una prostaglandina.

Cirugía: Se abre o extirpa la parte estrecha de la aorta. En los niños, la cirugía suele planificarse de forma electiva

Ductus arterioso persistente



Tx •AUSCULTACIÓN (SOPLO)

- **ECG:** Sobrecarga de cavidades izquierdas
- **RX TÓRAX:** Plétora pulmonar y cardiomegalia

**CONFIRMATORIO:
ECOCARDIOGRAFÍA, TAC O RM**

Es la persistencia de una comunicación entre la aorta y la arteria pulmonar, que está presente durante la vida fetal y que habitualmente se cierra en las primeras 24-48 hrs tras el nacimiento.

Clinica

- Clínica de Insuficiencia Cardíaca y congestión pulmonar
- Pulso arterial rápido y saltón
- Auscultación: Soplo continuo (en maquinaria o de Gibson) en región infraclavicular izquierda
- Px Hipertensión pulmonar: inversión del shunt y cianosis en parte inferior del cuerpo