



CLINICA DE PEDIATRIA

(Diagramas de flujo)

IV UNIDAD

DR. MIGUEL DE JESUS GARCIA CASTILLO

Jorge Alberto Hilerio Gonzalez

Grado 7ro Grupo: A

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Desorden metabólico más común en el periodo neonatal, con consecuencias potencialmente devastadoras, por el posible daño neurológico si no es reconocida y tratada con rapidez

Prevalencia general de 1.3 – 4.4 casos por 1000 nacidos vivos.

- Hijo de madre diabética: 20%
- Prematuros o PEG: 4 – 15 %
 - GEG: 8%

Los mecanismos que inducen **hiperinsulinismo** incluyen:

- Hijo de madre diabética (es la causa más común)
- Grandes para la edad gestacional (GEG) ▪ Eritroblastosis fetal
- Catéter umbilical mal posicionado
- Síndrome de Beckwith-Wiedemann
- Abrupta suspensión de altas infusiones de glucosa
- Tumores productores de insulina

Otras causas que pueden afectar el **metabolismo de la glucosa** incluyen:

- Hipotermia ▪ Síndrome de Dificultad Respiratoria ▪ Post reanimación avanzada ▪ Defecto en el metabolismo de los carbohidratos ▪ Defecto en el metabolismo de los aminoácidos ▪ Policitemia ▪ Tratamiento materno con Beta-bloqueadores.

La hipoglucemia neonatal puede ser transitoria o persistente (refractaria).

A. Las causas de **hipoglucemia neonatal transitoria** son:

- Sustrato inadecuado (déficit de aporte) ▪ Función enzimática inmadura con depósitos de glucógeno escasos.

B. Las causas de **hipoglucemia neonatal persistente o refractaria** son: ▪ Hiperinsulinismo ▪ Deficiencia de liberación de hormonas contra reguladoras

DIAGNOSTICO

Los niveles séricos de glucosa deben ser medidos en recién nacidos que tienen riesgos para hipoglucemia y en neonatos que tienen síntomas

Laboratorios

- La muestra de glucosa: descender a un ritmo de 18 mg/dL/h
- hipoglucemia persistente. Cuando las necesidades de glucosa superan de 8 a 10 mg/kg/min sugieren aumento de consumo por hiperinsulinismo
 - Insulina ▪ Cortisol (Para evaluar la integridad del eje hipotálamo, hipófisis-suprarrenal).
 - Concentración de beta-hidroxibutirato y ácidos grasos libres (Indica una acción insulínica excesiva).



Manifestaciones Clínicas

- Estupor (leve a moderado) ▪ Agitación ▪ Convulsiones
- Apnea y otras anomalías respiratorias ▪ Letargo
 - Cianosis o palidez ▪ Movimientos oculares anormales
 - Hipotonía ▪ Llanto débil ▪ Rechazo al alimento
 - Hipotermia

TRATAMIENTO

Alimentación: Algunos niños asintomáticos con concentraciones iniciales de glucosa 25 a 49 mg/dL responden a la alimentación (pecho o biberón) al cabo de 30 – 60 minutos de la toma hay que realizar una glucemia de control. La administración de suero oral no es recomendable.

Tratamiento por vía intravenosa

A) Indicaciones:

- Intolerancia a la alimentación oral ▪ Presencia de síntomas ▪ Con la alimentación oral no se mantiene una cifra normal de glucosa y concentraciones de glucosa inferiores al 25 mg/dL.

B) Pacientes sintomáticos:

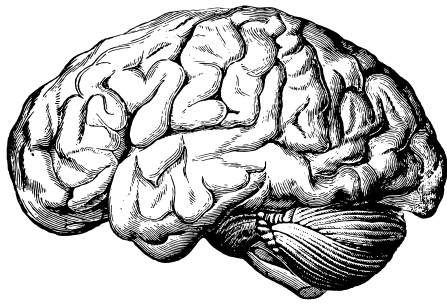
administración de un bolo de dextrosa a 200 mg/kg en 5 min (2 ml/kg de dextrosa en agua al 10%).

C) Tratamiento de mantenimiento:

- Infusión de glucosa a un ritmo de 6 a 8 mg/kg/min

Seguimiento

- **D)** Algunos niños con hiperinsulinismo o retraso de crecimiento intrauterino (PEG) requerirán infusiones de 12 a 15 mg/kg/min de glucosa (a menudo en forma de dextrosa en agua al 15 o 20%).
- **E)** La concentración de glucosa y el ritmo de perfusión se aumentarán lo necesario para mantener una glicemia normal. Puede ser necesario un catéter venoso central para aportar una cantidad suficiente de glucosa (dextrosa en agua igual o mayor al 12.5%) en un volumen de líquido aceptable



Crisis convulsivas febriles

LAS CONVULSIONES FEBRILES (CF) SON CRISIS EPILEPTICAS PRECIPITADAS POR FIEBRE QUE NO CORRESPONDEN A UNA INFECCIÓN INTIRACRANEANA U OTRA AFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC).



MAGNITUD

- Crisis epiléptica que acompaña a la fiebre
- La prevalencia es de 5% de los niños
- Afecta a niños entre 6 meses y 5 años
- Los niños afectados tienen antecedentes de crisis convulsivas febriles en la familia
- Puede desembocar en un estado de mal epiléptico

Pueden ser:

- Simples
- Complejas

Esta clasificación se basa en;

- El tiempo de duración de la crisis
- El tipo de crisis
- El estado post ictal+
- La presencia de lesiones neurológicas previas

CONVULSION FEBRIL SIMPLE

- **Tiempo de duración: Menos de 15 minutos**
- **Tipo de crisis: Tónico clónicas generalizadas**
- **Recuperación post ictal:**
- **Completa, sin secuelas**
- **Otros signos neurológicos: Ausentes**

CONVULSION FEBRIL COMPLEJA

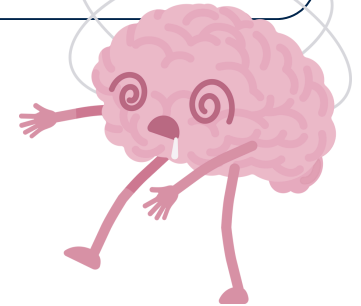
Tiempo de duración: Mayor de 15 minutos

Tipo de crisis:

- Focalizadas
- Generalizadas en forma secundaria

Recuperación post ictal:

- El niño presenta alteración de la conciencia
- El niño presenta parálisis de Todd
- Lesiones neurológicas subyacentes:
- Presentes



Tratamiento según grado:

PREVENCIÓN

1. Si el niño tiene fiebre:

- Bajar la fiebre por medios físicos
- Medicarlo con paracetamol o ibuprofeno

2. Extremar las medidas para evitar:

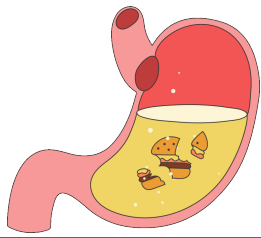
- **Vacunar contra las enfermedades más frecuentes**
- **Medidas dentro del hogar para evitar el contagio de las enfermedades virales más frecuentes**

MANEJO INMEDIATO

Evaluar funciones vitales,

- 1) Mantener vía aérea permeable y adecuada
- 2) Oxigenación
- 3) Establecer vía intravenosa (IV)
- 4) Bajar la fiebre.
- **Anticonvulsivantes:**
- Diazepam (DZP) o lorazepam (LRZ)





ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTRO ESOFAGICO (ERGE)



Prevalencia

-su prevalencia es del 5.2 al 18.3%
-Es un problema de salud pública que en occidente afecta al 20% de la población

contraflujo patológico del contenido gástrico o duodenal (jugos gástricos, alimentos sólidos o líquidos) por arriba de la unión esófago gástrica ocasionando un conjunto de manifestaciones clínicas y físicas; así como, complicaciones

Cuadro Clínico

Los síntomas típicos de la ERGE son los gastrointestinales tales como la **pirosis retroesternal** (sensación de ardor o quemazón) y la **regurgitación** (retorno del contenido gástrico al esófago y/o a la hipofaringe)

El reflujo puede ser ácido, alcalino o de volumen y fisiológicamente ocurre después de ingerir alimentos. Cuando el reflujo es excesivo y de manera constante está presente la enfermedad

Otros síntomas gastrointestinales son El dolor epigástrico, hipersalivación, eructos e hipo, asimismo el dolor torácico o retroesternal no cardiaco, las alteraciones del sueño, la tos crónica, la ronquera, el asma, la sinusitis, la laringitis y faringitis, las erosiones dentales, la fibrosis pulmonar idiopática y la otitis media son síntomas comúnmente referidos

DIAGNOSTICO

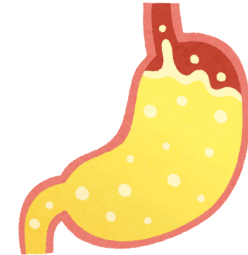
El diagnóstico puede realizarse a partir de la anamnesis y la historia clínica completa en pacientes que presentan la sintomatología típica

Laboratorios

-Otra forma de diagnosticar la ERGE es a través de la prueba de supresión ácida, la serie esofagogastroduodenal, la gammagrafía, panendoscopia con biopsia, pHmetría de 24 horas y manometría

FISIOPATOGENIA

Se considera que la causa fundamental del reflujo patológico es la disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI), otra indica que su patogenia es multifactorial, aceptándose que la ERGE es el resultado del desequilibrio entre factores defensivos (barrera antirreflujo, aclaramiento esofágico y resistencia de la mucosa) y agresivos (volumen y naturaleza del contenido refluido)



TRATAMIENTO

El manejo de la ERGE incluye modificaciones en el estilo de vida (cambio de hábitos y dieta), terapia farmacológica y, en algunos casos, cirugía.

Tratamiento por vía intravenosa

A) Indicaciones:

- Intolerancia a la alimentación oral
- Presencia de síntomas
- Con la alimentación oral no se mantiene una cifra normal de glucosa y concentraciones de glucosa inferiores al 25 mg/dL.

Modificaciones del estilo de vida

- Reducir el peso (en caso de sobre peso u obesidad).
- Evitar el uso de ropas que aprieten el abdomen para disminuir la presión intra-abdominal
- Recostarse en posición de decúbito lateral izquierdo 2-3 horas después de las comidas para evitar la exposición ácida del estómago en el esófago.
- Elevar la cabecera de la cama por lo menos 20 cm para favorecer el aclaramiento esofágico.
- Evitar fumar debido a que la nicotina aumenta el reflujo.
- Evitar el ejercicio extremo como el trote de largas distancias puede causar reflujo.
- Evitar las bebidas alcohólicas.
- Evitar medicamentos que disminuyen la presión de EEI

Seguimiento Farmacológico

- Cuando el paciente con la ERGE presenta síntomas severos o cuando no responde al tratamiento anterior; el médico debe prescribir fármacos como los inhibidores de la bomba de protones (IBP p.ej. omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y la ranitidina) que inhiben la secreción de jugos gástricos, los antagonistas de receptor de H2 (p. ej. cimetidina) o geles que protegen la mucosa a base de hidróxido de aluminio y/o magnesio o los procinéticos (p. ej. metoclopramida y cisaprida)
- **La cirugía** es otra forma de tratamiento en la que el médico puede corregir el reflujo fortaleciendo la función de barrera gastroesofágica

CARDIOPATIAS CONGENITAS

Factores de riesgo maternos

Roptura de membranas prolongado

Bacteriuria o ITU no tratada durante 3er trimestre

controles prenatales incompletos

Colonizacion de SGB

Infeccion intraparto

Factores de riesgo del neonato

Prematurez bajo peso al nacer

malformaciones

Asfisia neonatal

Genero masculino

aumento de riesgo de infeccion al feto

transmicion vertical de la bacteria desde el tracto genital inferior al utero

contaminacion del liquido amniotico

transmicion vertical de la bacteria desde el tracto genital inferior al utero

BACTEREMIA FETAL

PRECOZ

PRESENTACION DE 0 A 7 DVEU
TRANSMISION VERTICAL

AGENTES MAS FRECUENTES:
ESTREPTOCOCCUS DEL GRUPO B
E. COLI
LISTERIA MONOSITOGENA

TRATAMIENTO
Ampicilina +
aminoglicosidos(amikacina/gentamicina)



CLINICA:

alteracion de la temperatura, alteracion de glicemia, dificultad respiratoria, intolerancia enteral, llenado capilar aumentado, piel reticular, petequias, equimosis, diarrea, equimosis, melena

DIAGNOSTICO:

Hemocultivo (GOLD S.) Hemograma, PCR >10 mg/L, Procalcitonina >8ng/L, recuento plaquetario, relacion cayados inmaduros / maduros >0.2

INTRODUCCION DIRECTA DE LA BACTERIA AL TORRENTE SANGUINEO DEL NEONATO

TARDIA

PRESENTACION DE 7 A 60 DVEU
TRANSMISION HORIZONTAL

AGENTES MAS FRECUENTES:
Sthapylococcus Epidermidis
S. AUREUS, Sthafilococo cuagulasa
serriata, Candida albicans

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFIA

-SEMIOLOGÍA, EXAMEN FÍSICO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS

<https://www.cemic.edu.ar/descargas/repositorio/Repo-Semiologia-Pediatria.pdf>

-PEDIATRIA (2022) Libro CTO de cirugia y medicina, 6ta edicion

-Guias de Practica Clinica (GPC) (2024)



GRACIAS.

