

MATERIA:
Clínica Pediátrica

NOMBRE DEL TRABAJO:
"DIAGRAMA DE FLUJO"

ALUMNA:
Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"

GRADO: "7"

DOCENTE:
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

- Alteración metabólica más común neonatal
- Por transición vida fetal- extrauterina



FACTOR DE RIESGO

- Producto grande para edad gestacional
- Antec. DM gestacional
- Estrés perinatal
- Parto prematuro
- Medicamentos: B-bloqueadores, hipoglucemiantes, valproato



<45 mg/ dL

CLINICA

ASINTOMÁTICO (50%)

SINTOMÁTICO

- Llanto débil
- Apnea
- Hipotónico
- Diaforesis
- Taquipnea
- Letargia
- Temblores
- Estupor

DIAGNÓSTICO

1. Factores de riesgo
2. Glicemia a las 2 horas de vida
3. Mediciones cada 4-6 horas
4. Clínica

TRATAMIENTO

CLASIFICACIÓN (Tiempo)

TRANSITORIA

PERSISTENTE

< 7 días

> 7 días

TRANSITORIA (frecuente)
1. Prematurez
2. Retardo del crecimiento intrauterino
3. Hiperinsulinismo <ul style="list-style-type: none"> • Hijo de madre diabética • Eritroblastosis grave
4. Causas iatrogénicas <ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia • Cese brusco de soluciones parenterales • Exsanguinotransfusión

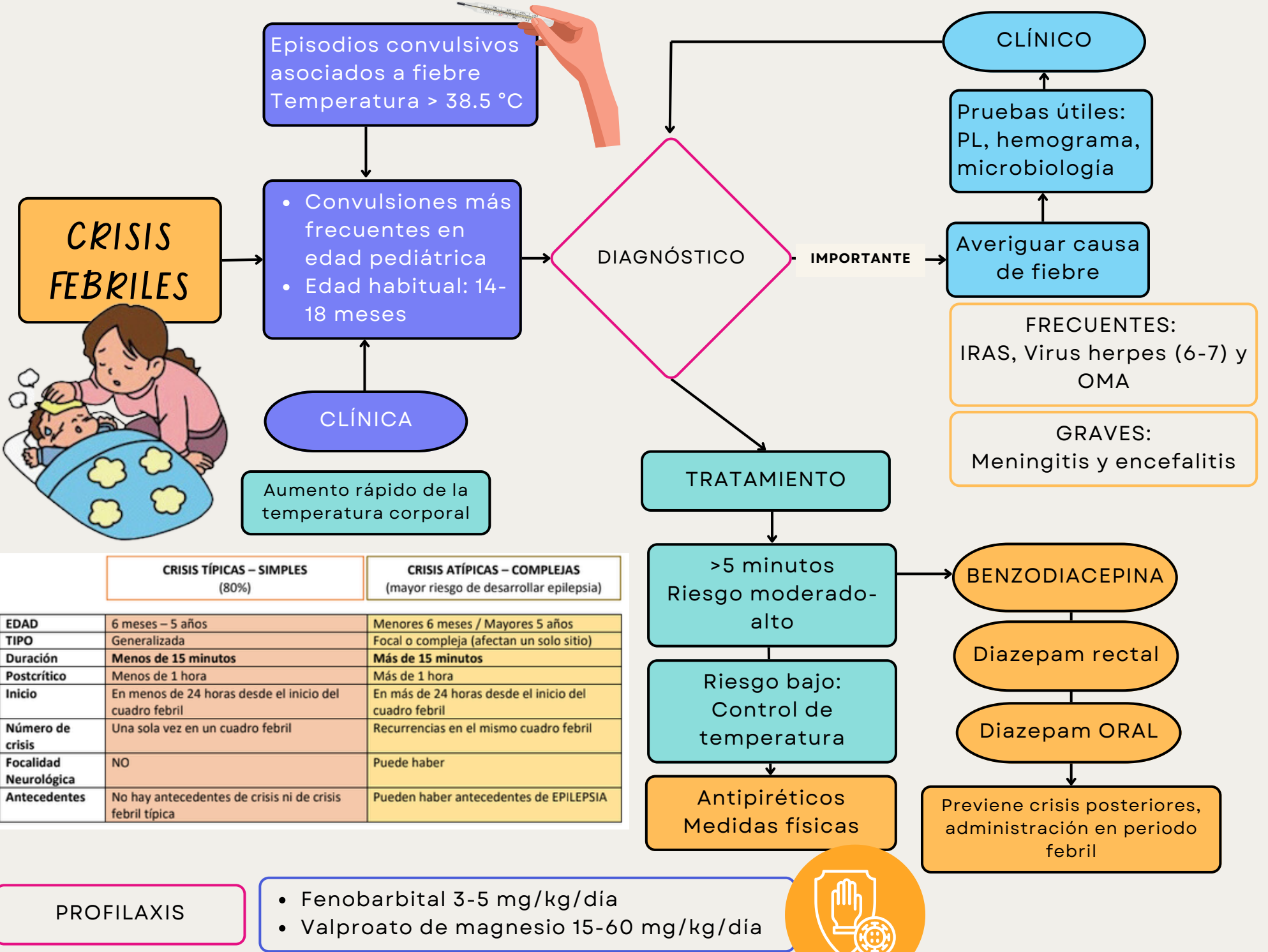
PERSISTENTE (rara)
1. Hiperinsulinismo <ul style="list-style-type: none"> • Nesidioblastosis • Síndrome de Beckwith- Wiedemann • Adenomas de los islotes del páncreas
2. Déficits hormonales <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroides • ACTH • Hormonas tiroideas • Hormonas de crecimiento

Sintomático y con resultado de glucosa menor a 40 mg/dl → Glucosa IV

ASINTOMÁTICO

Nacimiento a las 4 horas de edad		4 a las 24 horas de edad	
Alimentar inicialmente dentro de la primera hora Tamizar glucosa 30 minutos después de la primera toma		Continuar alimentación cada 2-3 horas Tamizar glucosa previo a cada comida	
Tamizaje inicial <25 mg/dL		Tamizaje inicial <35 mg/dL	
Alimentar y revisar en 1 hora		Alimentar y revisar en 1 hora	
<25 mg/dL → glucosa IV	25-40 mg/dL → Realimentar/Glucosa IV según necesidad	<35 mg/dL → glucosa IV	35-45 mg/dL → Realimentar/Glucosa IV según necesidad

Tamizaje de glucosa objetivo mayor o igual a 45 mg/dl previo a alimentación de rutina
*Dosis de glucosa = 200 mg/dl (Dextrosa en agua destilada al 10% a 2 mL/kg) y/o infusión a 5-8 mg/kg por minuto (80-100 mL/kg por día). Lograr nivel plasmático de glucosa entre 40-50 mg/dL.



Episodios convulsivos asociados a fiebre
Temperatura > 38.5 °C

- Convulsiones más frecuentes en edad pediátrica
- Edad habitual: 14-18 meses

CLÍNICA

Aumento rápido de la temperatura corporal

DIAGNÓSTICO

IMPORTANTE

CLÍNICO

Pruebas útiles:
PL, hemograma,
microbiología

Averiguar causa de fiebre

FRECUENTES:
IRAS, Virus herpes (6-7) y OMA

GRAVES:
Meningitis y encefalitis

TRATAMIENTO

>5 minutos
Riesgo moderado-alto

Riesgo bajo:
Control de temperatura

Antipiréticos
Medidas físicas

BENZODIACEPINA

Diazepam rectal

Diazepam ORAL

Previene crisis posteriores, administración en periodo febril

	CRISIS TÍPICAS – SIMPLES (80%)	CRISIS ATÍPICAS – COMPLEJAS (mayor riesgo de desarrollar epilepsia)
EDAD	6 meses – 5 años	Menores 6 meses / Mayores 5 años
TIPO	Generalizada	Focal o compleja (afectan un solo sitio)
Duración	Menos de 15 minutos	Más de 15 minutos
Postcrítico	Menos de 1 hora	Más de 1 hora
Inicio	En menos de 24 horas desde el inicio del cuadro febril	En más de 24 horas desde el inicio del cuadro febril
Número de crisis	Una sola vez en un cuadro febril	Recurrencias en el mismo cuadro febril
Focalidad Neurológica	NO	Puede haber
Antecedentes	No hay antecedentes de crisis ni de crisis febril típica	Pueden haber antecedentes de EPILEPSIA

PROFILAXIS

- Fenobarbital 3-5 mg/kg/día
- Valproato de magnesio 15-60 mg/kg/día

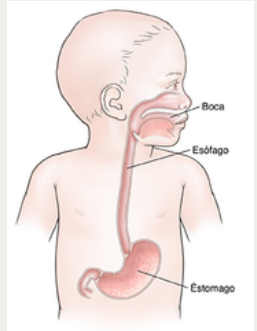


REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Proceso fisiológico, paso involuntario retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago

ERGE: Causa síntomas o complicaciones digestivas o extra digestivas

FACTOR DE RIESGO



- Reparación de fístula traqueoesofágica
- Atresia esofágica
- Hernia hiatal
- Asma

FACTORES QUE EXACERBAN

- Dieta basada en líquidos
- Incompetencia del EI
- Alteración del vaciado gástrico

DIAGNÓSTICO

- CLÍNICO
- Exploración física

PRONOSTICO

Se resuelve entre los 6-12 meses

REFERIR A 3ER NIVEL

- Síntomas no resuelven o empeoran
- Poca ganancia ponderal
- Retraso en el crecimiento
- Anorexia, asma, anemia, odinofagia



CUADRO CLÍNICO

FISIOLÓGICO

Regurgitación sin otro síntoma "VOMITADOR FELIZ"

PATOLÓGICO

Síntomas de ESOFAGITIS

- Irritabilidad
- Nausea
- Dificultad para alimentarse
- Actitud de sandifer

EXTRADIGESTIVO

Tos crónica, asma, estancamiento ponderal

SIGNOS DE ALARMA

Regurgitación recurrente
Poca ganancia ponderal

DIAGNÓSTICO

No responde al tratamiento inicial o con síntomas extradigestivos

Sospecha de alteración anatómica

Reflujo gastroesofágico ácido o no ácido

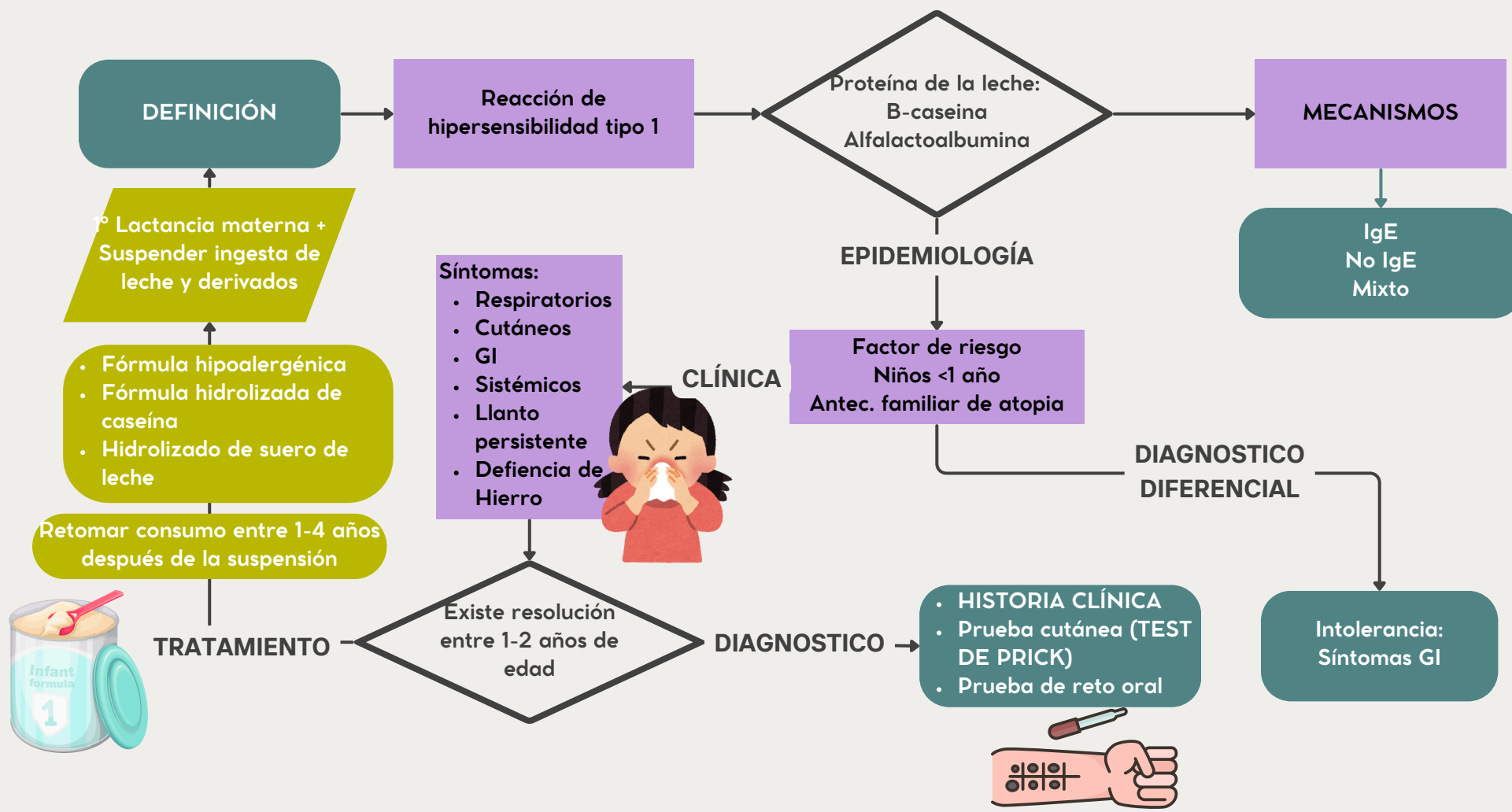
• SERIE ESÓFAGO GASTRODUODENAL

• IMPEDEANCIA COMBINADA CON PH

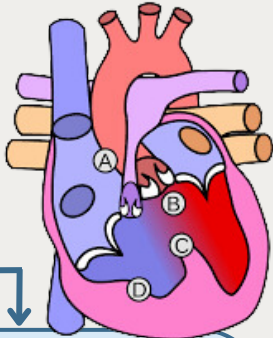
TRATAMIENTO

- **Posición decúbito supino:** <12 meses
- **IBP empírico:** 4-8 semanas con síntomas clásicos
- **Fórmula hidrolizada:** en poca ganancia ponderal + descarte de APLV
- **Modificación de hábitos:** Dieta baja en grasa e irritantes
- **Cirugía antirreflujo:** En falla de tratamiento (Funduplicatura de Nissen)

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA



CA CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS



2 TIPOS

ACIANÓGENA

CIANÓGENA

Cortocircuito izquierda-derecha debido a defecto estructural cardíaco

Cortocircuito derecha-izquierda debido a defecto estructural cardíaco

Aumento de flujo sanguíneo pulmonar, comunicación entre cavidades y lesiones obstructivas

- PATOLOGÍAS**
- 1. **Transposición de grandes vasos**
 - 2. **Tetralogía de Fallot (+ COMÚN)**
 - 3. **Tronco arterial común**

FACTOR DE RIESGO

PATOLOGÍAS

- Multifactorial
- Antec. familiar
- Cromosomopatía
- Malformación congénita
- Infecciones
- Teratógeno
- Enfermedad metabólica

Retorno venoso regresa al sistema circulatorio sin pasar por los pulmones

FACTOR DE RIESGO

- Cromosomopatía
- Malformación congénita
- Infecciones
- Trastornos metabólicos
- Defectos cardíacos

DIAGNOSTICO

PATOLOGÍAS

- 1. **CIV**
- 2. **CIA (+ FRECUENTE)**
- 3. **CAP**
- 4. **Estenosis pulmonar**
- 5. **Coartación de la aorta**

TRATAMIENTO

- 1. **Cirugía definitiva: JANTENE**
- 2. **Cirugía definitiva**
- 3. **Cirugía definitiva**

DIAGNOSTICO

GOLD STANDAR: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO DOPPLER
2. Rx. Cardiomegalia, arteria pulmonar y vasculatura pulmonar aumentada
3. Rx. Cardiomegalia, hiperflujo pulmonar y arteria pulmonar prominente
. Rx. Signo de 3 y signo de Rosler

TRATAMIENTO

- 1. **Elección: quirúrgico**
- 2. **Quirúrgico**
- 3. **Cierre quirúrgico**
- 4. **Quirúrgico**

GOLD STANDAR: ECOCARDIOGRAMA
1. Rx. AP, corazón aumentado de tamaño y ovoide, pedículo vascular estrecho
2. Rx. AP, corazón de BOTA, arteria pulmonar cóncava, disminución de la vascularización pulmonar

INCOMPATIBILIDAD GRUPO Y RH

DEFINICIÓN

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

EPIDEMIOLOGÍA

- Causa más común de enfermedad hemolítica en RN

Sist. inmunitario de la madre produce anticuerpos que causan la destrucción de los glóbulos rojos del feto.

ISOINMUNIZACIÓN

- Antec. de transfusión sanguínea
- Placenta previa
- Sangrado feto materna

CLÍNICA

Anemia hemolítica (+ frecuente)
Ictericia grave del RN
Hiperbilirrubinemia
Hidropesía
Hepatoesplenomegalia

DIÁGNOSTICO

Coombs Indirecto
 ◦ + utilizada
 ◦ Determina AC en plasma
 Genotipo fetal
 Cordocentesis: PRUEBA GOLD

TRATAMIENTO

MADRE:
Rh (+): nada
Rh (-): paso 2

GRUPO SANGUÍNEO DEL NIÑO

Rh DEL NIÑO

Grupo sanguíneo de la madre	Grupo sanguíneo del padre			
	A	B	AB	O
A	A, O	A, B, AB, O	A, B, AB	A, O
B	A, B, AB, O	B, O	A, B, AB	B, O
AB	A, B, AB	A, B, AB	A, B, AB	A, B
O	A, O	B, O	A, B	O

Rh de la madre	Rh del padre			
	++	+-	-+	--
++	++	+-	-+	--
+-	++	+-	-+	--
-+	++	+-	-+	--
--	++	+-	-+	--

AL MOMENTO DEL PARTO
Bebé Rh (-) NADA
Bebé Rh (+) 2da dosis de gammaglobulina antes de las 72 hrs

2. COOMBS INDIRECTO
(+) Madre isoinmunizada, profilaxis no indicada, evaluar si anemia fetal o no y en que grado está
(-) Profilaxis -> aun no esta sensibilizada: 300 ug de GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTI-D a las 28-32 SDG

BIBLIOGRAFIA

MANUELES CTO: Pediatría (6ta edición). (s. f.).