



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**



DIAGRAMA DE FLUJO

Angelica Gonzalez Cantinca

Séptimo Semestre

Grupo B

Clínicas Pediátricas

Dr. Miguel Garcia

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Disminución de glucosa del recién nacido

Rango normal de glucosa después de 72 hrs

70-100 mg/dL

<45 mg/dL

¿Ocurre antes de 72 hrs?

No

PERSISTENTE

Dura más de 72 hrs

Causas
Hipopituitarismo congénito
Insuficiencia adrenal
Estados de hiperinsulinismo
Galactosemia
Desórdenes de captación de glucógeno
Enfermedad de jarabe de maple
Desórdenes mitocondriales
Defectos de oxidación de ácidos grasos

Investigar condiciones que favorezcan la resistencia a insulina

Si

TRANSITORIA

Ocurre dentro de las 48 hrs posteriores al nacimiento

Consecuencia de cambios metabólicos, en la transición de vida fetal a extrauterina.

Etiología
Hipotermia persistente

Provoca: Hipoglucemia grave y Acidosis metabólica

Epidemiología
72% en recién nacidos que tienen factores de riesgo

Factores de Riesgo Grande para la edad
Estrés perinatal
RCIU
Eritroblastosis fetal
Hipotermia
Policitemia
Sepsis
Prematurez
Hijo de madre diabética
Dificultad en alimentación
Medicamentos ingeridos por la madre
Administración intraparto de glucosa
Historia familiar con hipoglucemia
Síndromes congénitos
Anomalías físicas

Clínica
Estupor
Agitación
Convulsiones
Apnea y otras anomalías respiratorias
Letargo

¿Presenta síntomas?

No

Mantener alimentación al seno materno
Suspender monitorización después de las 36 hrs

Diagnóstico

Medición de glucosa sanguínea a las 2 horas de vida, posteriormente cada 4 a 6 horas (antes de la alimentación)

Tratamiento HIPOGLUCEMIA ASINTOMÁTICA

¿Cual es el nivel de glucosa?

<= 25mg/dL

Glucosa entre 25-45mg/dL

Verificar glucosa central
Iniciar sol. Glucosa al 10% con aporte de 6-8mg/kg/min
Valorar posibilidad de alimentación enteral

Verificar valor de glucosa central
Continuar alimentación via oral (seno materno), de no ser así ofrecer sucedáneo de leche materna 1-5 ml/kg/toma, 10 a 12 veces a día
Determinar glucosa después de 30 a 60 min

Glucosa mayor a 45 mg/dL

Continuar alimentación cada 1-2 hrs
Determinar nivel de glucosa cada 4-6 hrs por 48 hrs

Meta. Mantener nivel de glucosa entre 50-120 mg/dL

SI

Diagnóstico

Signos sugestivos, realizando inmediatamente glucosa en sangre

TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIA SINTOMÁTICA

Verificar valor de glucosa
Administrar sol. Glucosada al 10% en bolo IV
Iniciar infusión de SG 10% con aporte de 6-8mg/kg/min
Si es posible continuar con alimentación via oral

Glucosa a los 30 minutos menor 45 mg/dL

Administrar bolo de SG 10% e incrementar aporte de GKM de 2 en 2 mg/kg/min, hasta un máximo de 12mg/kg/min
Continuar con alimentación via oral

Glucosa a los 30 min mayor a 45mg/dl

Mismo aporte de GKM por 24 hrs con monitorización cada 6 hrs

Glucosa menor de 45mg/dl

Glucosa mayor de 50mg/dl

Investigar comorbilidades por endocrinología pediátrica

Solicitar valoración

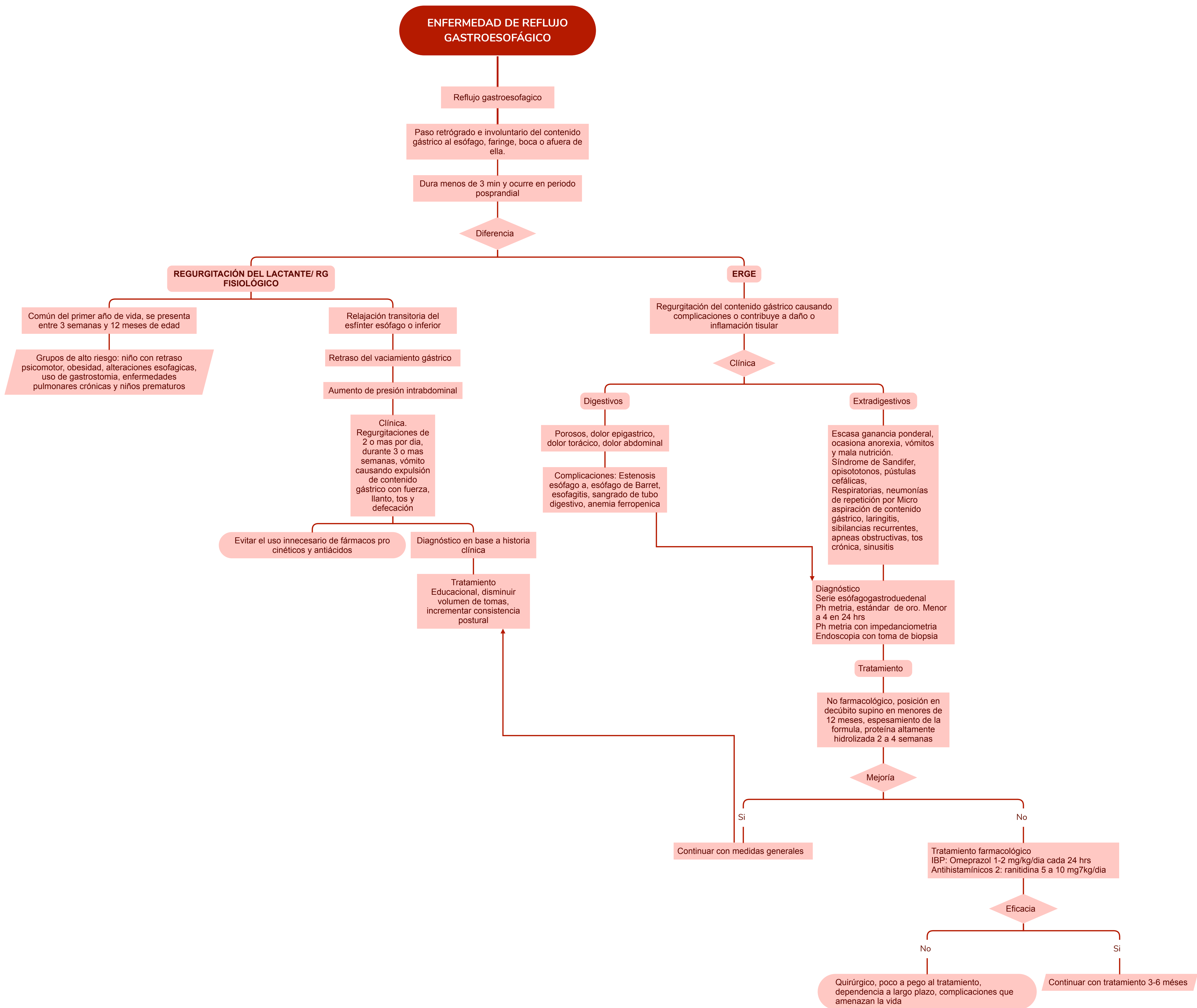
Glucosa a los 30 minutos mayor 45 mg/dL

Continuar tratamiento

Determinación en 6 horas mayor a 50mg/dl

Disminuir aporte de GKM de 2 en 2 mg/kg/min cada 6 hrs hasta alcanzar 4mg/hg/min
Incrementar aporte de via oral

Suspender soluciones IV y continuar con alimentación via oral



ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA

Reacciones de hipersensibilidad iniciadas por un mecanismo inmunitario específico contra la PLV

MEDIADAS:
Anticuerpos IgE
Mecanismos mixtos
Tipo no IgE

TRATAMIENTO

Pueden presentar reacciones cruzada con leche no modificada

No se recomienda el uso de leche de otros mamíferos

Anafilaxia

Inmunoterapia

Suspensión de la ingesta de manera estricta

Mediada por adrenalina como primera línea

De sensibilización o inducción de tolerancia

En pacientes mayores de 2 años

Dieta equilibrada

No

Si

Genera déficit nutricional

Capacitación de padres mediante la revisión de etiquetas
Provee aporte suficiente de nutrimentos

Respuesta clínica

Evaluand o respuesta clínica del paciente durante 4 semanas

Continuar lactancia materna, incluyendo suplementarios de calcio

Si

No

Genera tolerancia

Suspender seno materno y utilizar fórmula hidrolizada

Sustitutos LDV

Capaz de consumirla sin presentar sintomatología

Sin tolerancia

Reto al año de edad

Cada 6 meses hasta los tres años y posteriormente cada año hasta los 15 años

SI

NO

Hipoalergenica

Fórmula de soya

Parcialmente hidrolizada

Hidrolizadas de suero y caseína o mixtas

Presenta menor tolerancia y puede generar alergia de ella

No recomendable

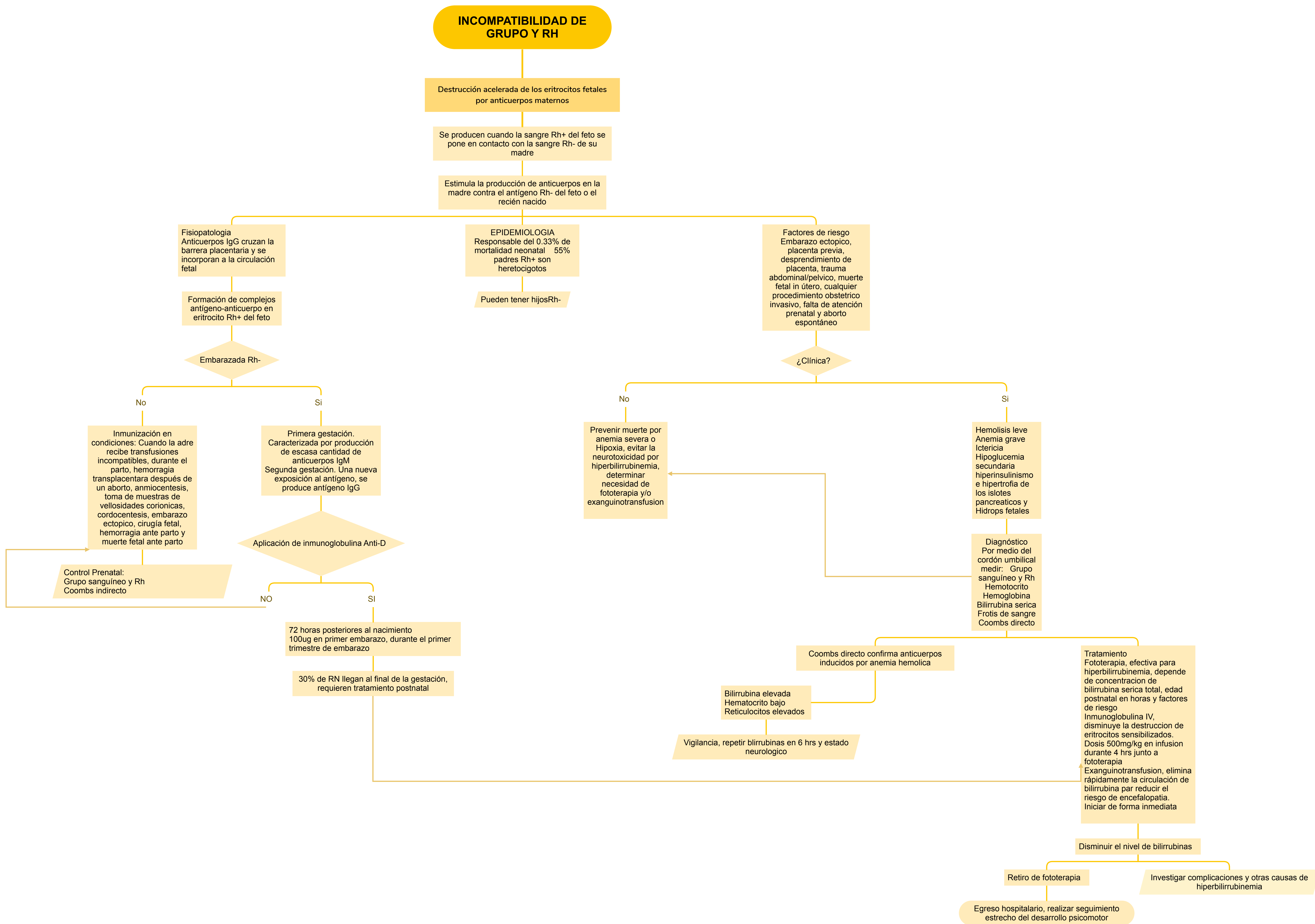
Sustituto de seno materno

Presencia de sensibilidad

Nutricionalmente adecuadas, proporciona adecuado cremineto y desarrollo

Si

Utilizar fórmula de aminoácidos



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Malformaciones cardiacas o de sus grandes vasos presentes al nacimiento y que se originan en las primeras semanas de gestación por factores que actúan o deteniendo el desarrollo embriológico del sistema cardiovascular

Afecta 1% de recién nacidos

Origen multifactorial y de síndromes polimalformativos

Representan en el 1% de la población mundial. Mas frecuente en el mundo: CIV.

Etiología
Ideopática, Desarrollo embrionario anormal (6 sem), Infecciones fetales y maternas durante el primer trimestre (rubeola), Efectos teratógenos de farmacos, Factores genéticos, Suelen acompañarse de otros defectos congénitos

Clínica

Mediante las exploraciones física se encuentra disnea de esfuerzo, inadecuado desarrollo pondoestatural, infección de vías aéreas repetitiva, cianosis, palpitaciones, taquicardia, síncope

Clasificación

Cianogenas

Acinogenas

Manifestación en niños mayores de 5 años

Cianosis universal, insuficiencia cardiaca, síncope cardiogenico, palpitaciones, soplos cardiacos en pacientes asintomáticos

La sangre se cortocircuita desde las cavidades cardiacas derechas e izquierdas, donde la no oxigenada fluye desde el VI hacia todas las regiones del organismo

La sangre oxigenada sufre un cortocircuito desde las cavidades cardiacas izquierdas hacia las derechas, pero sin que se mezcle con sangre no oxigenada en la circulación sistémica.

Cianosis

FPA Persistencia del conducto arterioso, Comunicación interventricular, Comunicación interauricular
FP normal Coartación aorta

FPA Transposición de grandes arterias]
FPD Tetralogía de Fallot, Atresia pulmonar
Ebstein, Atresia tricuspídea y Estenosis pulmonar

Manifestaciones clínicas, principalmente con datos de Hipoxia y se afecta tanto el peso como la estatura

Manifestaciones clínicas, insuficiencia cardiaca congestiva y estatura menor a la esperada en función de la edad

Diagnóstico mediante clínica, electrocardiograma y estudio radiológico de tórax

Permite identificar características mas representativas de la cardiopatía

Envío a 2do nivel de atención medica

CRISIS CONVULSIVAS

Descargas eléctricas neuronales anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial, no provocadas y únicas

Clasificación ILAE

Inicio focal

Consistencia preservada (simples)
Consciencia alterada (complejas)
Focal a bilateral

Inicio generalizado

Ausencia, tónico clónicas, tónicas, mio clónicas, atónicas

Inicio desconocido

CRISIS FEBRILES

Clínica

No

Prevenir fiebre en niños

Si

Tipo

Atípica

Mayor riesgo de epilepsia. Duración menor a 5 min. Inicio en menor a 24h desde el inicio del cuadro febril

El 2.5% desarrolla epilepsia posterior si hay antecedentes de epilepsia o crisis atípicas

Clínica, vomito, diarrea, deshidratación

Típica

En px menores de 6 meses y mayores de 5 años, duración mayor a 5 minutos, inicio mayor a 24 h desde el inicio del cuadro febril, puede haber focalidad neurologica, antecedentes de epilepsia

Buen pronostico

Diagnóstico clínico, exámenes de laboratorio BH, glucosa, Na. Punción lumbar si se sospecha de infección de SNC

Electrocardiograma en todos los niños en la 1ra crisis no provocada. TAC Y RMN CEREBRAL en crisis con datos de vocalización

Más frecuentes en edad pediatría

Aumento rápido de temperatura corporal en px sin antecedentes de convulsiones ni patología neurologica. De 6 meses a 5 años. Origen tónico clónicas

Gabinete de crisis afebriles

Tratamiento según estabilización durante los 5 minutos de fase ictal

Mantener la calma, colocar al px en decúbito lateral, control de vía aérea, no colocar objetos en la boca, medir la duración y remover ortesis. Frenar la crisis si esta en fase activa

Farmacológico
Diazepam IV 0.25-0.5mg/kg velocidad de 2-5mcg/min.
Midazolam 0.05-0.3mg/kg
Si no funciona repetir MDZ a los 5 min
Fenitoina IV 15-20mg/kg/dosis, si no funciona repetir segunda dosis

REFERENCIAS

Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal transitoria. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018

Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 08/09/2014.

Manual CTO de medicina y cirugía 5ta edición. Pediatría. ENARM

Manejo de la alergia a la proteína de la leche de v proteína de la leche de vaca. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemolítica por Isoinmunización a Rh en el Recién Nacido. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018

Guía de Práctica Clínica Detección de Cardiopatías Congénitas en Niños Mayores de 5 años Adolescentes y Adultos, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes Ciudad de México: Secretaría de Salud; 16/03/2017