



**Rojas Velázquez Joan Natael**

**García Castillo Miguel de Jesús**

**Diagramas de flujo**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Clínica de Pediatría**

**7°B**

Hipoglucemia neonatal

Glucosa <45mg/dl

Transitoria

Mas FCTE <48hr  
Asociado a hijo de madre duabetica

Fx de Riesgo

Producto macrosomico  
Estres perinatal  
RCIU  
Eritroblastosis fetal  
Hipotermia  
Sepsis  
Hijo de madre duabetica  
Prematurez

Persistente

Deficiencia de Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa

Clinica

Estupor  
Agitacion  
Convulsiones  
Piel palida y diaforetica  
Taquicardia

Diagnostico

Tomar muestra de sangre y verificar el valor de gluxosa por laboratorio

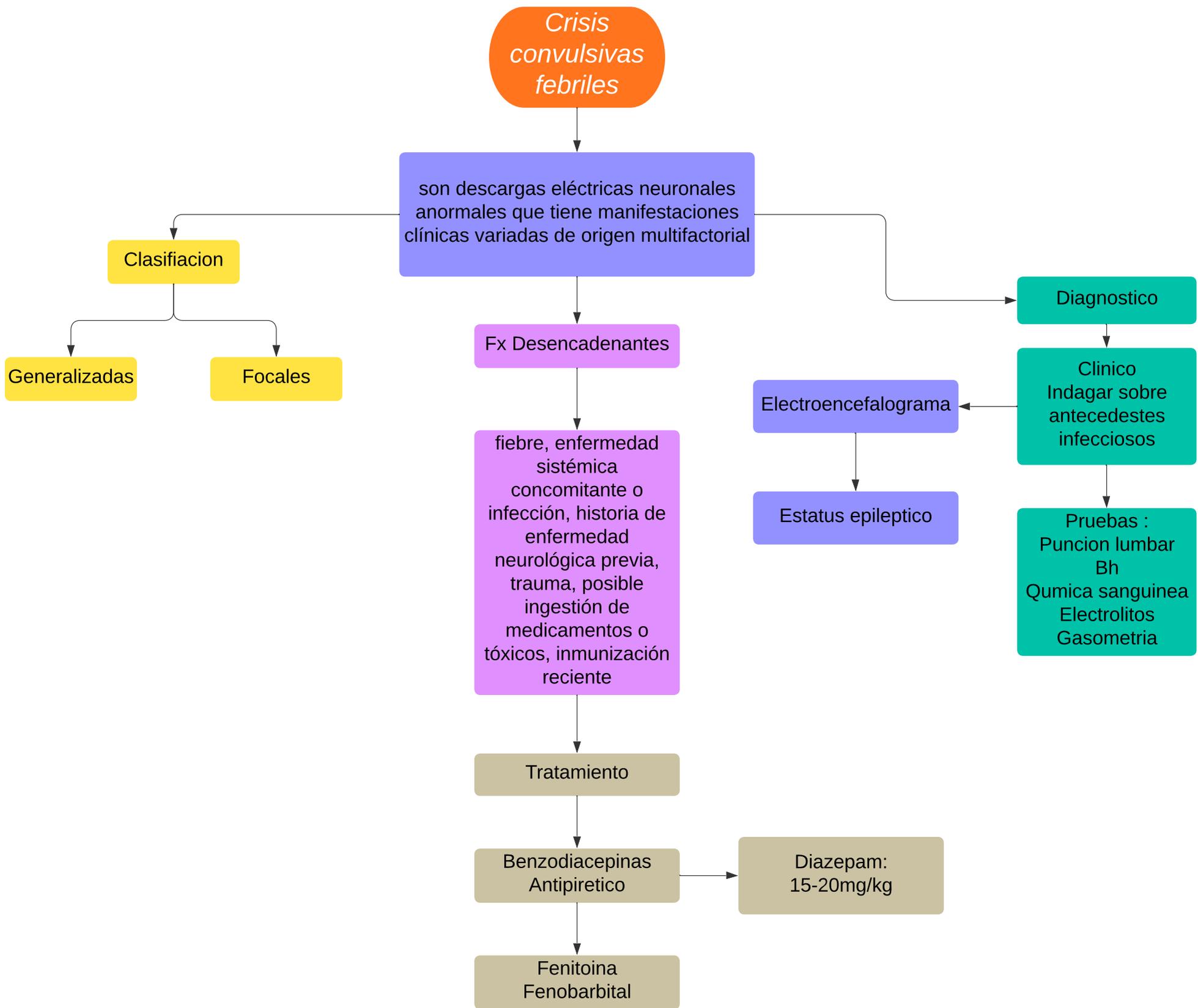
Tratamiento

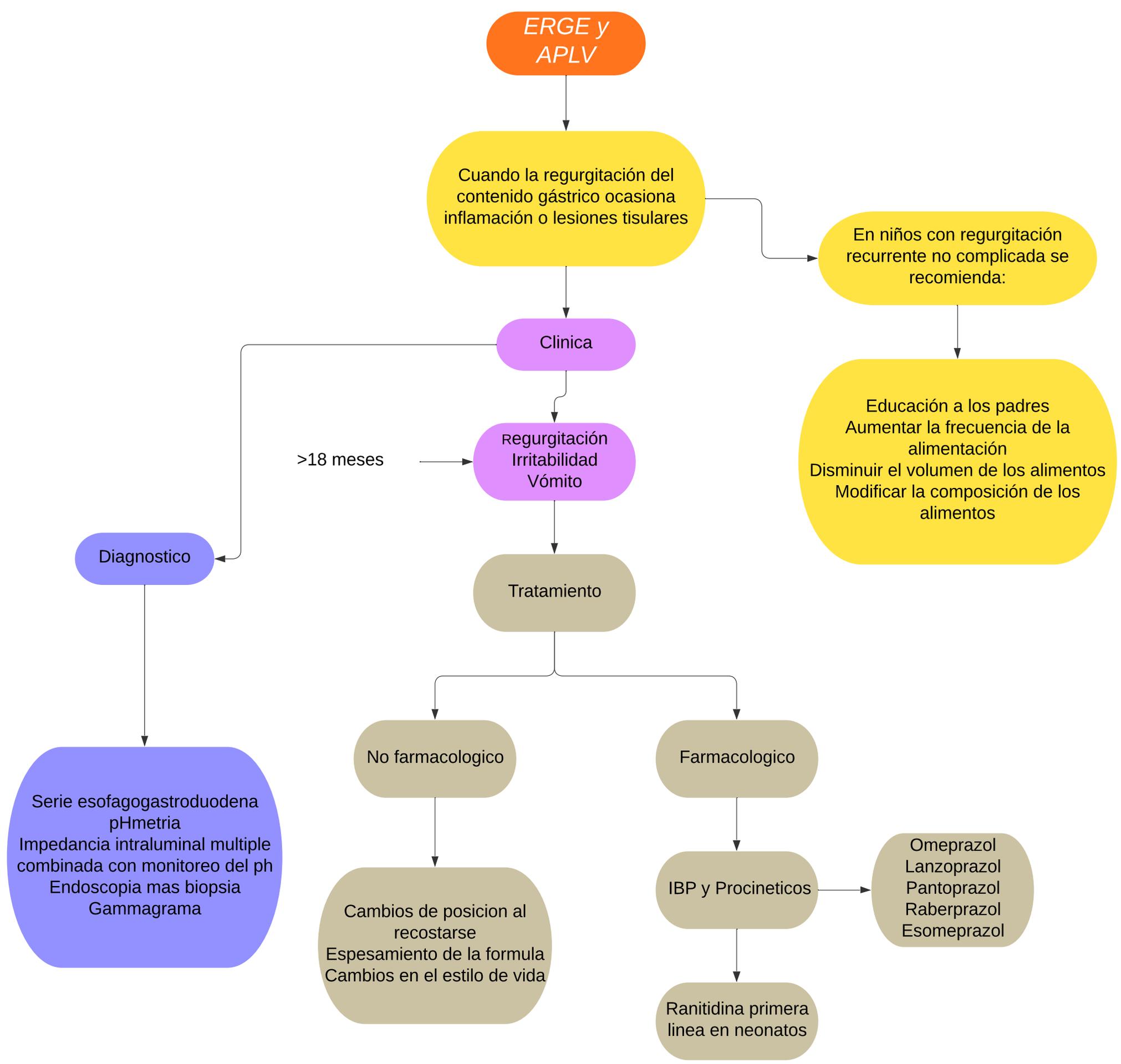
Administrar solución glucosada al 10%, en bolo IV (2 ml/kg- 200 mg/kg)  
Iniciar infusión de SG 10%, con aporte de 6-8 mg kg min

Continuar con el mismo tratamiento y disminuir aporte de GKM de 2 en 2 cada 6 hr hasta 4mg/kg/min

Determiar glucosa a los 30 minutos

Administrar bolo de SG 10% e incrementar aporte de ...GKM de 2 en 2 mg/kg/min. Hasta un máximo de 12mg/kg/min





ERGE y APLV

Cuando la regurgitación del contenido gástrico ocasiona inflamación o lesiones tisulares

En niños con regurgitación recurrente no complicada se recomienda:

Educación a los padres  
Aumentar la frecuencia de la alimentación  
Disminuir el volumen de los alimentos  
Modificar la composición de los alimentos

Clinica

Regurgitación Irritabilidad Vómito

Tratamiento

Diagnostico

Serie esofagogastroduodena  
pHmetria  
Impedancia intraluminal multiple combinada con monitoreo del ph  
Endoscopia mas biopsia  
Gammagrama

No farmacológico

Farmacológico

Cambios de posicion al recostarse  
Espesamiento de la formula  
Cambios en el estilo de vida

IBP y Procinéticos

Omeprazol  
Lanzoprazol  
Pantoprazol  
Raberprazol  
Esomeprazol

Ranitidina primera línea en neonatos

>18 meses

Incompatibilidad de grupo y RH.

Se recomienda que en la primera cita de control prenatal se les realice a todas las mujeres embarazadas

Grupo sanguíneo y RH  
Coombs directo

Destrucción acelerada de los eritrocitos fetales por anticuerpos maternos

Diagnostico

Clinica

Tratamiento

Grupo sanguíneo ABO y Rh  
Hematocrito  
Hemoglobina  
Bilirrubina sérica  
Frotis de sangre  
Coombs directo

Hemólisis leve  
Anemia grave  
Hepatomegalia y esplenomegalia  
Descompensación cardíaca  
Ictericia

Fototerapia

Luz del día  
Luz blanca fría  
Luz azul

Inmunoglobulina Intravenosa

Hipoglucemia secundaria  
hiperinsulinismo e hipertrofia de los islotes pancreáticos

Exanguinotransfusión

ante la presencia de signos clínicos de encefalopatía aguda como opistotonos y rigidez

# Cardiopatías congénitas

## cianoticas

## Cianoticas

Comunicación interventricular

Px asintomaticos o presentan IC congestiva

Diagnostico se emplea EKG y ultrasonido cardiaco

TX: se recomienda la correccion quirurgica si hay presencia de sintomas graves

Comunicación interauricular

se detecta por la presencia de un soplo en una exploración física

Disnea del ezfuerzo fatiga

Diagnostico con: radiografia, EKG y cateterismo cardiaco

Reparacion mediante cirugia

Conducto arterial persistente

es el vaso que conecta la arteria pulmonar izquierda con la aorta descendente durante la vida feta

Generalmente son asintomaticos pero pueden presentar: IC congestiva, taquicardia, crecimiento lento e infecciones

Suele encontrarse un soplo de tipo mecanico

Dx: ultrasonido cardiaco, EKG y radiografia de torax

Tx: indometacina y cierre corectivo quirurgico

Tetralogia de Fallot

CIV, Estenosis pulmonar, cabalgamiento de la aorta e hipertrofia ventricular derecja

Disnea, cianosis, hipoxemia cronica

DX: ecografia cardiaca o cateterismo cardiaco

Correccion quirurgica necesariamente

Transposicion de grandes vasos

La aorta nace del VD y la arteria pulmonar del VI

Cianosis, generalizada

Tx: correccion qyuirurgica inmediata

Retraso en el crecimiento, taquicardias, infecciones frecuentes en vias respiratorias bajas

soplo holosistólico áspero que se ausculta mejor en el borde izquierdo del esternón