



# Universidad del Sureste

## Campus Comitán de Domínguez, Chiapas

### Licenciatura en Medicina Humana

PASIÓN POR EDUCAR

**MATERIA: PEDIATRIA**  
**PAOLA MONTSERRAT GARCIA AGUILAR**

**GRUPO: B**  
**SEPTIMO SEMESTRE**

# Hipoglucemia Neonatal

1. Mantener temperatura corporal (secado, cuna de calor radiante):
2. Iniciar contacto piel a piel (apego materno).
3. Inicial alimentación al seno materno durante los primeros 30-60 minutos de vida extrauterina

¿Tiene factores de riesgo para hipoglucemia?

SI

Determinación posprandial de glucosa capilar a las 2 hr de vida

¿Tiene niveles de glucosa menor de 45 mg/dl?

NO

-Mantener Lactancia Materna (10-12 tomas al día).  
-Det. Glucemia capilar preprandial cada 4-6 horas.  
-Suspender monitorización después de las 36 horas de vida extrauterina o 2-3 determinaciones de glucosa capilar normal.

Estupor  
Agitación  
Convulsiones

¿Tiene síntomas de hipoglucemia?

NO

hipoglucemia asintomática

Glucosa  $\leq 25$  MG/dl

- Iniciar solución glucosada al 10% con aporte de 6-8 MG/kg/min.
- Valorar la posibilidad de alimentación enteras.

El objetivo es mantener el nivel de glucosa entre 50-120 MG/dl

Continuar manejo como hipoglucemia sintomática

Iniciar solución glucosada al 10% con aporte de 6-8 MG/kg/min

Glucosa  $< 45$  MG/dl

Tratamiento de hipoglucemia sintomática

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

Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa por laboratorio, sin retrasar tratamiento.

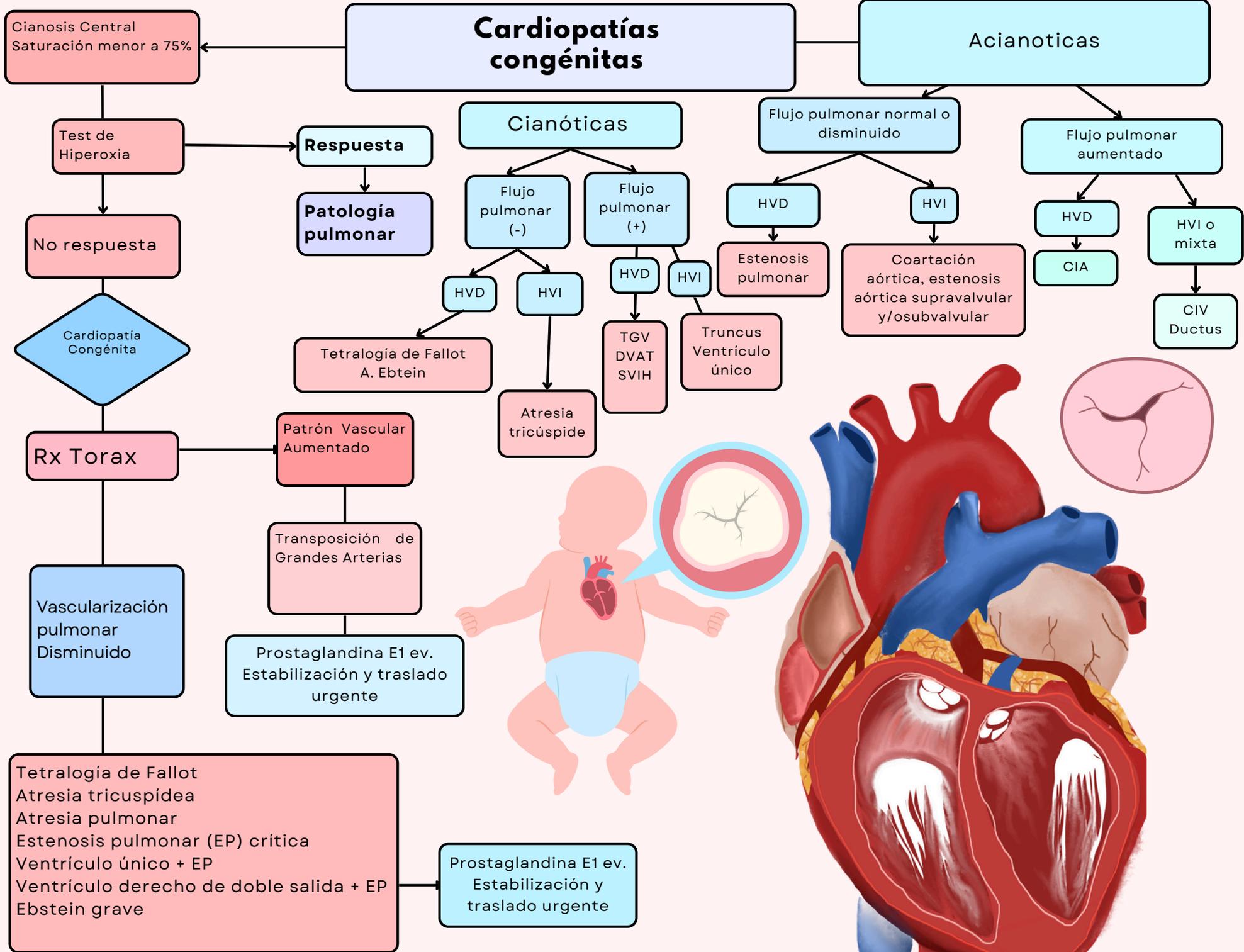
Glucosa ¿es  $> 45$  mg/dl?

Administrar bolo de SG 10% e incrementar aporte de GKM de 2 en 2 mg/kg/min. Hasta un máximo de 12 mg/kg/min - Si es posible continuar con la alimentación vía oral.

Glucosa ¿es  $> 50$  mg/dl?

Disminuir aporte de GKM de 2 en 2 mg/kg/min cada 6 horas, hasta alcanzar 4 mg/kg/min - Incrementar aporte vía oral





Cianosis Central  
Saturación menor a 75%

# Cardiopatías congénitas

## Acianóticas

Test de Hiperoxia

**Respuesta**

**Cianóticas**

Flujo pulmonar normal o disminuido

Flujo pulmonar aumentado

No respuesta

**Patología pulmonar**

Flujo pulmonar (-)

Flujo pulmonar (+)

HVD

HVI

HVD

HVI o mixta



Rx Torax

Patrón Vascular Aumentado

HVD

HVI

HVD

HVI

Estenosis pulmonar

Coartación aórtica, estenosis aórtica supra y/o subvalvular

CIV Ductus

Tetralogía de Fallot A. Ebstein

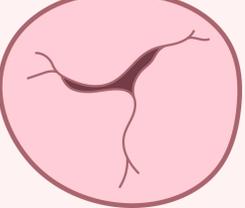
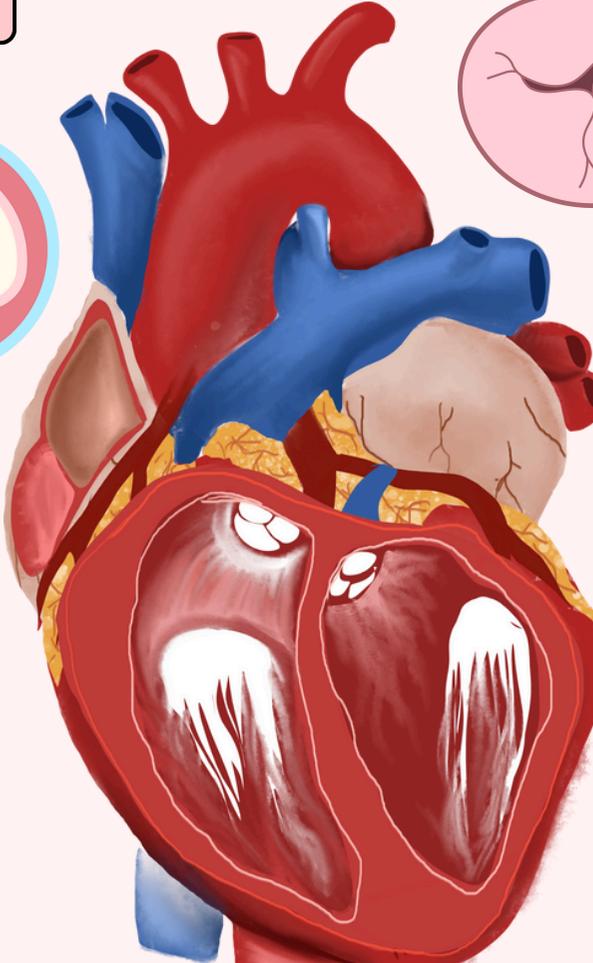
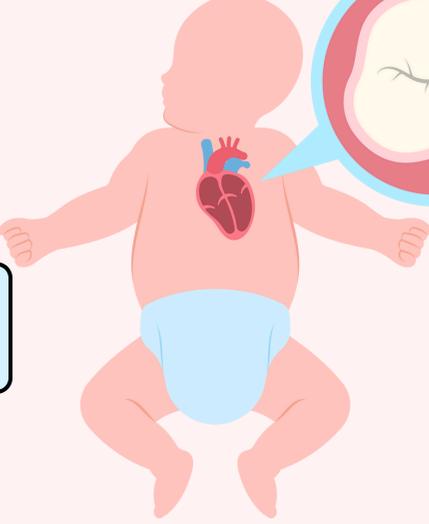
Atresia tricúspide

TGV DVAT SVIH

Truncus Ventrículo único

Transposición de Grandes Arterias

Prostaglandina E1 ev.  
Estabilización y traslado urgente



Prostaglandina E1 ev.  
Estabilización y traslado urgente

Tetralogía de Fallot  
Atresia tricuspídea  
Atresia pulmonar  
Estenosis pulmonar (EP) crítica  
Ventrículo único + EP  
Ventrículo derecho de doble salida + EP  
Ebstein grave



**Gestante RhD negativo  
NO sensibilizada**

Primer Trimestre  
(menos de 13 semanas)

**Embarazo molar,  
ectópico, amenaza  
de aborto o aborto**

Embarazo 13 semanas hasta  
finalización

**NO**

**SI**

Aplicar anti-D 150 ug en las  
primeras 72 horas del evento



Vigilar  
condiciones  
obstétricas

¿Hemorragia del Feto hacia la Madre?

**NO**

Aplicar anti-D 300 pg a las  
28 semanas, previo Coombs  
indirecto negativo

Finalización del Embarazo

Prueba de  
rosette

NEGATIVA

POSITIVA

Aplicar anti-D 150 ug en  
las primeras 72 horas  
del evento

Prueba de  
Kleihauer-Betke

Aplicar según resultado  
10mg, por cada ml de  
sangre fetal

**SI**

Aplicar anti-D 300 ug en el  
momento de la hemorragia

¿Edad gestacional?

13 a 20  
sdg

21 a 27  
sdg

>28  
sdg

Aplicar anti-D  
300 ug a las  
34 semanas

Aplicar anti-D  
300 ug 13sem.  
Después

Manejo de finalización  
de embarazo



# Crisis convulsivas febriles

Activa

1. Evaluación inicial

- Aspecto
- Respiratorio
- Circulación

2. Manejo inicial: ABCDE

- Abrir y recolocar vía aérea.
- Oximetría
- Valorar perfusión cutánea.
- Canalizar vía.
- Pupilas y AVPN
- Desvestir. Toma de T.<sup>a</sup>

¿Vía venosa periférica canalizada?

No

**Midazolam:**

- Intranasal
- Intramuscular (0,2 mg/kg)
- Rectal

Si

**Diazepam (De Elección)**  
**Midazolam**

No activa

Exploración  
Historia Clínica

CF típica

- 6 meses y 5 años
- < 24 h fiebre
- T.<sup>a</sup> > 38°C
- Generalizada
- < 15 minutos
- Poscrítico corto

CF atípica

- < 6 meses y > 5 años
- > 24 h fiebre
- T.<sup>a</sup> > 38°C
- Focales
- > 15 minutos
- Poscrítico largo
- **Parálisis Todd**

- Laboratorio:
- BHC
- Electrolitos Sericos
- Glucosa Serica
- Creatinina

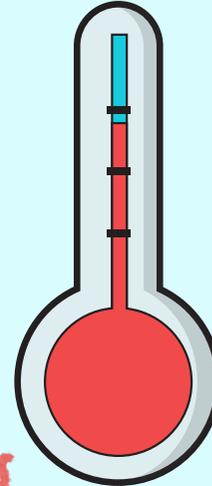
NO de rutina

- Punción lumbar
- Neuroimagen
- Electroencefalograma

**Riesgo de epilepsia:**

- < 12 meses
- CF recurrentes
- Antecedentes familiares de CF
- CF atípicas o estatus febriles
- Alteración neurológica previa
- 1.<sup>a</sup> CF tras vacunación

Pronóstico



# ERGE

Identificación de Complicaciones

- Esofagitis
- Neumonía por aspiración
- Estenosis esofágica
- Esófago de Barret
- Laringitis
- Anemia crónica
- Erosiones dentales
- Síndrome de Sandiffer



¿Signos y síntomas de alarma?

no

Si

Pruebas complementarias según signos de alarma, sospecha diagnóstica y derivar de forma adecuada



Decúbito prono  
Evitar  
Sobrealimentación

Lactantes

Medidas  
higiénico-dietéticas

¿Mejora?

No

Considerar prueba de exclusión de proteínas de leche de vaca **2-4 semanas**

¿Mejora?

No

Considerar 4 a 8 semanas de tratamiento ácido supresor y luego retirar si los síntomas mejoran

Primera línea

Inhibidores de la bomba de protones.

Omeprazol  
1mg/kg/día

Otro:  
Esomeprazol  
Lansoprazol  
Pantoprazol



# APLV

1. Manifestaciones leves a moderadas de APLV

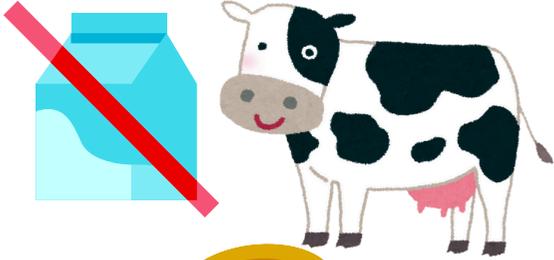
1. Manifestaciones severas de APLV

Regurgitación frecuente, vómito, diarrea, estreñimiento, anemia no descompensada, dermatitis atópica, edema de labios, urticaria, obstrucción nasal, tos crónica, sibilancias

- Falla en el crecimiento
- vomito/ Rechazo alimento
- Anemia/ Def hierro
- Colitis Severa
- Dermatitis atópica
- Hipoalbuminemia
- DIF. respiratoria
- Edema Laringeo

Lactancia Materna Exclusiva

Eliminación de lácteos en la dieta de la madre por al menos 4 semanas



¿Mejora?

NO

Continuar con restricción en la dieta de la madre

sustitución con formula hirolizala

Iniciar manejo con fórmula de aminoácidos



¿Mejora?

NO

Vigilancia clínica  
Valorar prueba de tolerancia a partir del primer año de edad

Vigila apego a la dieta

¿Mejora?

NO

continuar con formula hirolizala

Tolerancia

NO

Continuar restricción P, Tolerancia c/6 meses >3 años c/año.

¿Mejora?



Dieta sin restricción de lácteos

- Dieta de eliminación
- Envío a tercer nivel de atención

