



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

“ 4ta unidad ”

DIAGRAMAS DE FLUJO

IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR

Séptimo semestre “B”

GINECOLOGÍA

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de diciembre de 2024

Hipoglucemia neonatal

Factores de riesgo

- Grande para edad gestacional (incluso sin diabetes materna).
- Estrés perinatal (asfixia, preclampsia, etc).
- Hipotermia.
- Hipotermia.
- Sepsis.
- Prematurez.
- Hijo de madre diabética.
- Síndromes congénitos (Beckwith-Wiedemann).
- Anormalidades físicas (defectos de línea media, alteraciones faciales).

NO

Cuidados del neonato sano

SI

Determinación posprandial de glucosa capilar a las 2 horas de vida

Niveles de glucosa menor de 45 mg/dl

SI

NO

Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa por técnicas de laboratorio (glucosa central).
Aunque, no se requiere resultado para iniciar tratamiento.

Mantener alimentación al seno materno de forma frecuente (10-12 tomas al día).
-Determinación de 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

síntomas de hipoglucemia

NO

SI

Tratamiento de hipoglucemia asintomática

Tratamiento de hipoglucemia sintomática



Glucosa \leq 25 mg/dl.

Glucosa entre 25-45 mg/dl.

Glucosa a los 30 min $>$ 45 mg/dl

- Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa central.
- Sin esperar resultado de laboratorio:
- Iniciar solución glucosada al 10% con aporte de 6-8 mg/kg/min.
- Valorar la posibilidad de alimentación enteral

- Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de la glucosa central.
- Sin esperar resultado de laboratorio:
- Continuar alimentación vía oral, preferentemente seno materno
- De no ser posible ofrecer sucedáneo de leche materna 1-5 ml/kg/toma, 10 a 12 veces al día.
- Determinar glucosa después de 30 a 60 minutos

Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa por laboratorio, sin retrasar 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
- Si es posible y las condiciones lo permiten continuar con alimentación vía oral

Continuar manejo como hipoglucemia sintomática

Continuar el tratamiento

- 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 \leq 45 mg/dl

Determinación de glucosa a los 30 min de modificación de tratamiento es $>$ 45 mg/dl

Determinación de glucosa a las 6 horas es $>$ 50 mg/dl

SI

NO

NO

SI

NO

SI

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

- Investigar comorbilidades.
- Solicitar valoración por endocrinología pediátrica

Continuar mismo aporte de GKM por 24 hrs con monitorización de glucosa cada 6 hrs

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

- Continuar alimentación cada 1-2 horas
- Determinar el nivel de glucosa cada 4-6 horas durante las primeras 48 hrs de vida.
- El objetivo es mantener el nivel de glucosa entre 50-120 mg/dl.

Glucosa es $>$ 50 mg/dl

NO

SI

Después de 6 horas la glucosa $>$ 50 mg/dl y adecuada alimentación

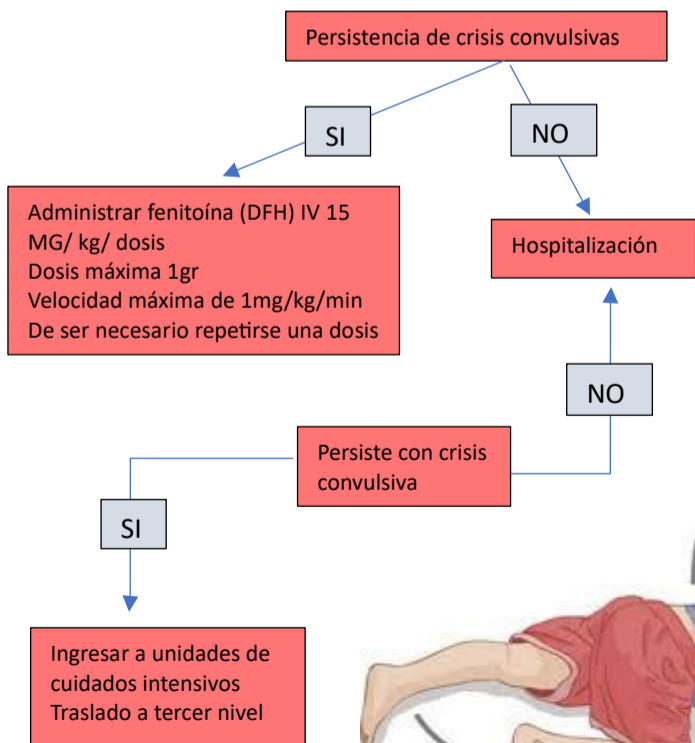
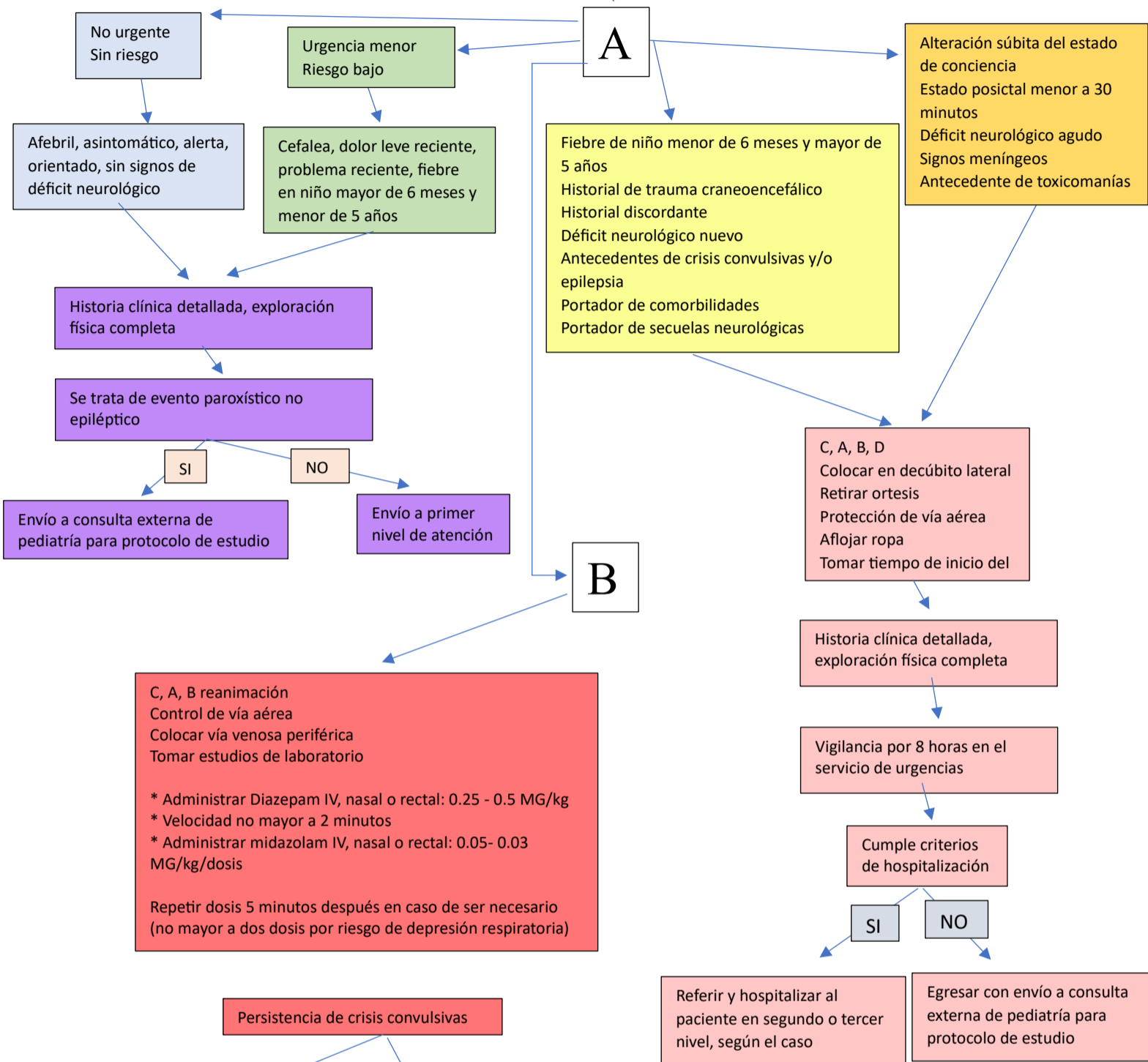
NO

SI

- Suspender soluciones IV
- Continuar con alimentación vía oral

Crisis convulsivas febriles

NIÑO CON CRISIS CONVULSIVA



Criterios de hospitalización

- <1 año
- Cc compleja/atípica
- Signos meníngeos
- Estado posictal >30 minutos
- Déficit neurológico agudo
- Estado epiléptico



ERGE

El Reflujo Gastroesofágico es el paso del contenido gástrico hacia el esófago.

La Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es una condición que se presenta cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas molestos y/o complicaciones.

Identificación de signos y síntomas

- Regurgitaciones frecuentes
- Vómito
- Pérdida o pobre ganancia de peso
- Irritabilidad
- Llanto intenso
- Trastornos del sueño
- Pirosis, Hematemesis
- Disfagia, Odinofagia
- Sibilancias, estridor, tos y disfonía

Identificación de Complicaciones

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

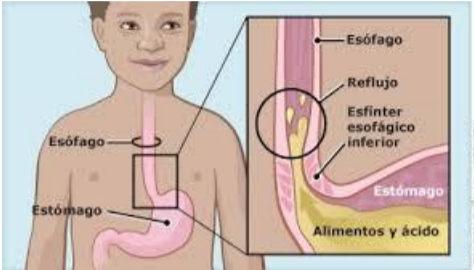
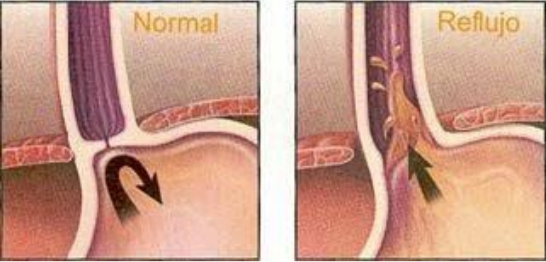
DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Radiografía de tórax, estómago y duodeno
- PH metría esofágica
- Endoscopia esofágica con biopsia

TRATAMIENTO

Medicamentos
Cirugía

Terapia postural
Cuidados en alimentación
Consejería a padres



E.R.G.E

Condición en la cual el "reflujo gastroesofágico" causa sintomatología o complicaciones.

Fisiopatología

1. Relaxaciones transitorias del E.E.I.
2. Hipotensión del E.E.I.
3. Alteración anatómica de la U.E.G.

Manifestaciones clínicas

Clásicas	Extra esofágicas
Pirosis	Dolor torácico
Regurgitación	Astma / Neumonía recurrente
Disfagia	Problemas con dormir

Datos de alarma

- Edad > 50 años
- Embarazo de alto riesgo
- Anorexia nerviosa
- Pérdida de peso
- Disfagia
- Hematemesis



VOMITADORES FELICES

Manejo inicial
pacientes con síntomas
clínicos y sin datos de alarma
se prueba terapéutica con IEP
para evaluar
respuesta.

Alergia a la proteína de la leche de



Manifestaciones leves a moderadas de APLV

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



Manifestaciones severas de APLV

Falla de crecimiento de vida diarrea crónica, vómito o rechazo al alimento, anemia por deficiencia de hierro descompensada, enteropatía perdedora de proteínas, colitis severa, dermatitis atópica y sudativa o severa con hipoalbuminemia o falla de crecimiento, edema faríngeo, obstrucción bronquial y dificultad respiratoria, reacciones sistémicas como anafilaxia

- Dieta de eliminación
- Envío a tercer nivel de atención

En niños alimentados al seno materno exclusivo, indicar dieta de eliminación estricta de lácteos en la dieta de la madre por al menos cuatro semanas

MEJORÍA

SI

NO

Continuar con restricción en la dieta de la madre hasta valorar respuesta a prueba de tolerancia

Sustitución con fórmula extensamente hidrolizada

MEJORÍA

SI

NO

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

Verificar apego a la dieta

MANIFESTACIONES CLINICAS MEDIADA POR IGE

Reacciones cutáneas (70-75%)	• Eritema con o sin urticaria aguda o angioedema
Reacciones gastrointestinales (13-34%)	• Síndrome de alergia oral (edema en labios, prurito en boca, molestias en deglución)
Reacciones respiratorias (1-8%)	• Náuseas, vómito, cólico
Reacciones sistémicas (26%) Anafilaxia (1-4%)	• Asma y rinitis
	• Ataques asmáticos / anafilaxia
	• Más grave
	• Afectación de piel y mucosas + síntomas respiratorios + digestivos + cardiovasculares + neurológicos



Castro-Rodriguez JH et al. Diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína láctea en el lactante. An Pediatr (Barc) 2002; 56(5):404-10

TOLERANCIA

SI

NO

Dieta sin restricción de lácteos

Continuar con fórmula extensamente hidrolizada

Iniciar manejo con fórmula de aminoácidos

MEJORÍA

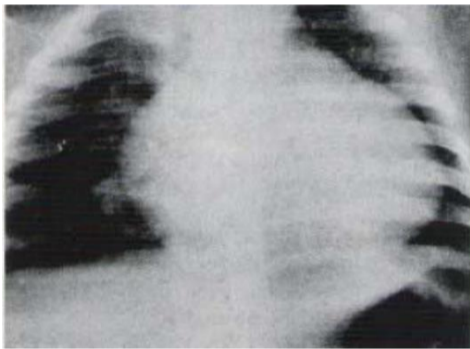
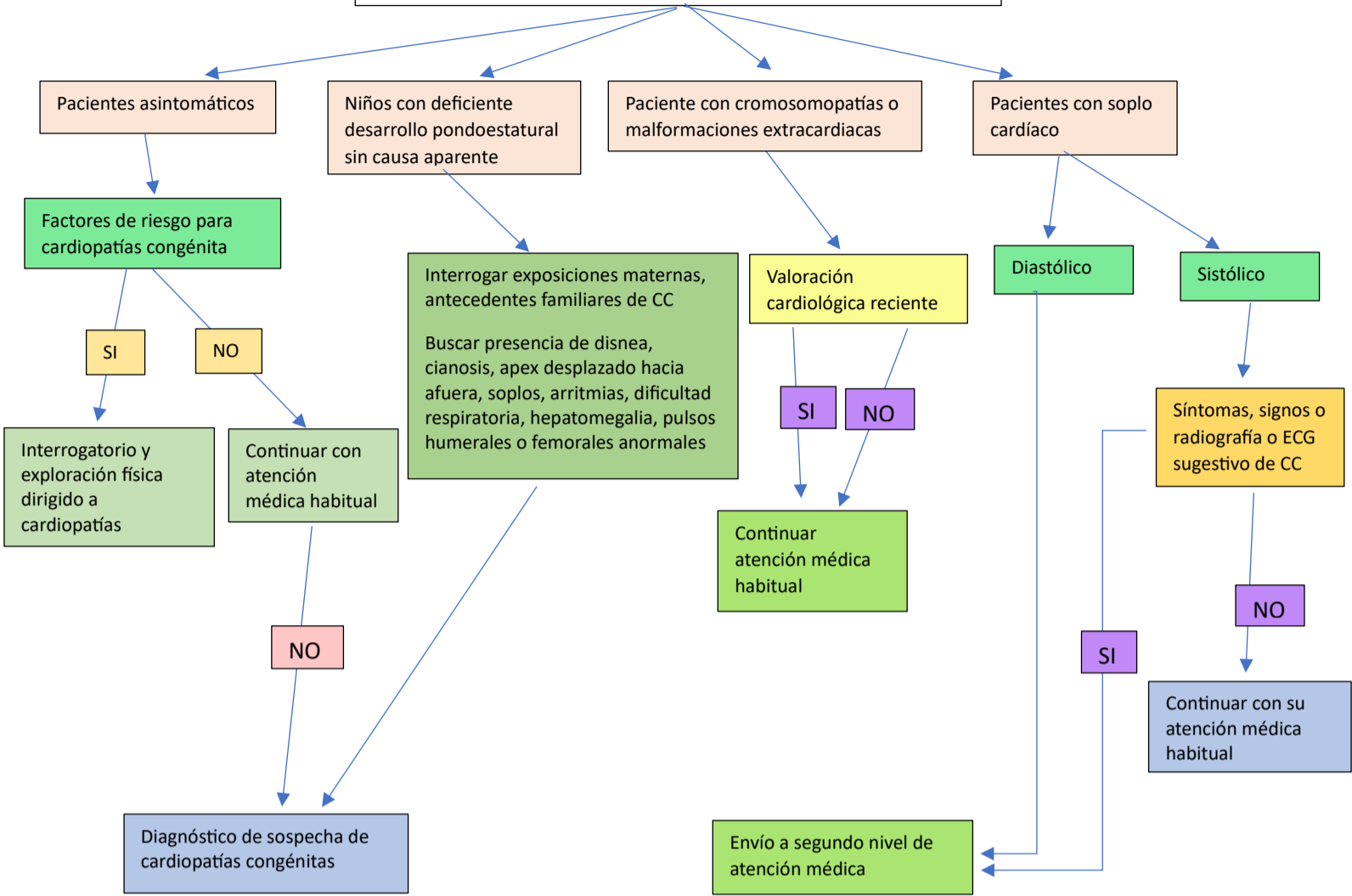
SI

NO

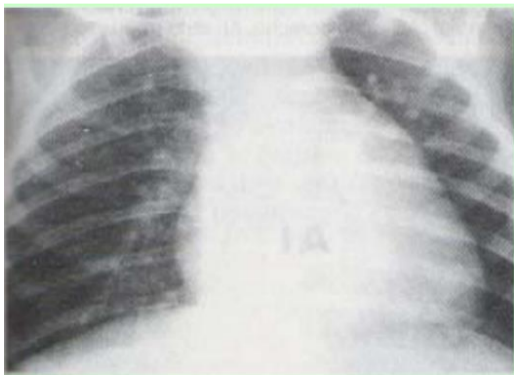
Diagnóstico diferencial

Continuar restricción y valorar nueva prueba de tolerancia cada 6 meses hasta los 3 años y cada año hasta los 15 años

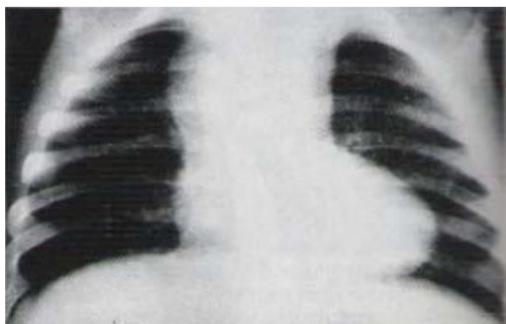
Cardiopatías congénitas



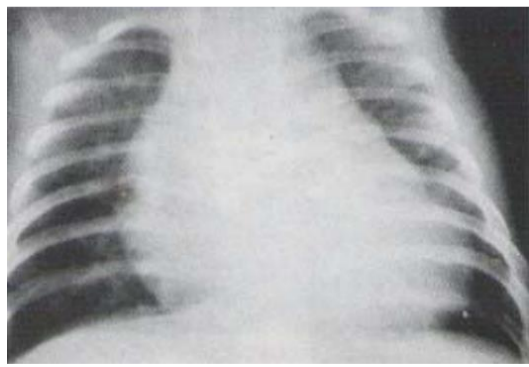
COMUNICACIÓN INTRAVENTRICULAR



COMUNICACIÓN INTERAURICULAR



TETRALOGÍA DE FALLOT



COARTACIÓN DE AORTA

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

ETIOLOGÍA GPC

- AFECTAN AL 1% DE RECIEN NACIDOS VIVOS.
- MULTIFACTORIAL (5-10% asociado a Síndromes).
- Frecuencia Mundial: Comunicación Interventricular (CIV hasta 30% mundial).
- Más frecuente en México: Ductus arterioso persistente (DAP).

Malformaciones cardíacas características:

- Rubéola congénita > Ductus, estenosis pulmonar supraauricular
- Sx Turner > Coartación de la aorta.
- Sx Noonan > Estenosis pulmonar.
- Sx Di George > Tronco arterioso.
- Sx Down > Canal AV
- Hijo de madre diabética > Hipertrofia septal asimétrica.

www.patreon.com/DoctorRe

Incompatibilidad de grupo y Rh



- Ictericia temprana de rápida evolución
- Anemia
- Alteraciones neurológicas

Historia clínica completa con especial énfasis en SNC. Investigar antecedentes maternos

Madre Rh negativo

NO

SI

Diagnóstico diferencial

- Determinar en el RN: - Grupo sanguíneo ABO y Rh - Hematocrito - Hemoglobina - Bilirrubina sérica - Frotis de sangre - Coombs directo

NO

- Rh positivo y Coombs directo positivo

SI

NO



Vigilancia:
- Repetir bilirrubinas en 6 hrs
- Vigilar estado neurológico

- Bilirrubina elevada
- Hematocrito bajo
- Reticulocitos elevados

SI

Bilirrubina elevada

Evaluar bilirrubinas de acuerdo al los cuadros 1 y 2, que consideran:
- Edad gestacional - Horas de vida - Cifras de bilirrubinas séricas

Fototerapia o exanguinotransfusión

NO

Exanguinotransfusión

Fototerapia

Realizarla con doble volumen

Descenso de bilirrubinas

Bilirrubinas normales o levemente elevadas con signos sugestivos de encefalopatía

SI

Realizar exanguinotransfusión, independientemente de las cifras de bilirrubinas

Egreso hospitalario
Realizar seguimiento estrecho del desarrollo psicomotor

SI

NO

Retiro de fototerapia cuando las cifras de bilirrubinas estén por debajo del umbral de fototerapia

Investigar complicaciones y otras causas de hiperbilirrubinemia

	Group A	Group B	Group AB	Group O
Red blood cell type				
Antibodies in plasma			None	
Antigens in red blood cell	A antigen	B antigen	A and B antigens	None