



Mi Universidad

Diagrama de flujo

Jorge Daniel Hernández González

Diagrama de flujo

Parcial: 4o

Clinica de pediatría

Dr. Miguel de Jesus Garcia Castillo

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 7to., Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 18 de diciembre del 2024.

Hipoglucemia neonatal

- Mantener temperatura corporal.
- Iniciar contacto piel a piel. Materno.
- Iniciar alimentación al seno materno durante los primeros 30-60 minutos de vida extrauterina.

- Manejo de recién nacido sano

¿Factores de riesgo?

¿Sí?

Determinación posprandial de glucosa capilar a las 2 horas de vida.

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

¿Sí?

Tomar muestra de sangre. Verificar el valor de glucosa (glucosa central).

¿Síntomas de hipoglucemia?

¿No?

Tratamiento de hipoglucemia asintomática

Glucosa <25 mg/dl: Iniciar solución glucosada al 10% con aporte de 6-8 mg/kg/min, valorar la posibilidad de alimentación enteral.

Glucosa de 25-45 mg/dl: Continuar alimentación vía oral, preferente seno materno, de no ser posible ofrecer sucedáneo de leche materna 1-5 ml/kg 10 a 12 veces al día.

¿No?

Mantener alimentación al seno materno (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 de glucosa capilar normal.

¿Sí?

Tratamiento de hipoglucemia sintomática

Tomar muestra de sangre, verificar el valor de la glucosa. 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 alimentación vía oral.

Si en 30 minutos es menor de 45 mg/dl, administrar bolo de SG de 2 en 2 mg/kg/min, hasta un máximo de 12 mg/kg/min.

- Grande para edad gestacional.
- Estrés perinatal.
- RCIU.
- Eritroblastosis fetal.
- Hipotermia.
- Policitemia.
- Hipotermia.
- Sepsis.
- Prematurez.
- Hijo de madre diabética.
- Dificultad en alimentación.
- Medicamentos ingeridos por la madre (betabloqueadores, valproato).
- Historia familiar con hipoglucemia.



Crisis convulsivas febriles

Se define como:

Aquellas crisis convulsivas que ocurren entre los 6 meses y 5 años con temperatura > 38°C

Criterios:

Convulsión asociada con temperatura elevada >38°C
Niño >6 meses y <5 años
Ausencia de infección o inflamación del sistema nervioso central.
Ausencia de alteración metabólica sistémica aguda que pueda producir convulsiones
Sin antecedentes de convulsiones afebriles previas.

Epidemiología:

2% A 5%: niños de 6 meses a 5 años de edad
>18 meses de edad.
<Antes de los 6 meses o después de los 3 años.
Los hombres presentan una frecuencia mas alta.
Dos picos estacionales Mayo- junio.



Factores de riesgo:

Desvelo.
Factores estresantes.
Fiebre alta y prolongada.
Estímulos dolorosos.
Actividad física peligrosa o estresante.
Historia familiar de crisis convulsivas.

Clasificación:

Típicas: De 6 meses a 5 años, de tipo generalizada, con duración de <5 minutos, proscrito <30 minutos, inicio <24 horas, numero de crisis 1 sola vez en un cuadro febril, pronostico: 2,5% desarrollara epilepsia.

Atípicas: De <6 meses y >5 años, tipo de duración: focal o compleja, duración: >5 minutos, proscrito: >30 minutos, inicio: >24 horas, numero de crisis: Recurrencia en un mismo cuadro febril, focalidad neurológica: puede haber, antecedente: puede haber.

Diagnóstico:

Clínico.
Exámenes de laboratorio se reservan: BHC, Glucosa, Na.

Tratamiento:

Mantener la calma
Colocar al paciente en decubito lateral, procurando que halla suficiente espacio alrededor de la persona
Controlar la vía aérea: Administrar O2 100% (mascarilla con reservorio, intubación endotraqueal), No colocar objetos en la boca, Medir la duracion de la CC, Remover órtesis.

Diagnóstico en crisis epiléptica febril:

Electroencefalograma (EEG).
TAC y RMN cerebral.
Tac urgente (si no se han recuperado e estado posictal).

| Aspecto | Crisis Típicas | Crisis Atípicas |
|------------------------------|--|---|
| Definición | Generalizadas (tónico-clónicas, mioclónicas, ausencias típicas). | Focales, ausencias atípicas, y crisis refractarias. |
| Tratamiento de Primera Línea | Benzodiacepinas: • Diazepam iv: 0.25-0.5 mg/kg - via rectal 0.5 mg/kg/dosis • Midazolam 0.05-0.3 mg/kg | Levetiracetam: 20-60 mg/kg/día IV |
| Tratamiento de Segunda Línea | Ácido Valproico: 20-40 mg/kg/día dividido en 2-3 dosis IV (máx. 60 mg/kg/día). Fenitoína/Fosfenitoína: 15-20 mg/kg IV (infusión lenta). | Ácido Valproico: 20-40 mg/kg/día dividido en 2-3 dosis IV (máx. 60 mg/kg/día). Lacosamida: 50-100 mg/día ajustado al peso. |
| Fármacos Alternativos | Fenobarbital: 15-20 mg/kg/dosis IV, luego 3-5 mg/kg/día (mantenimiento). | Fenobarbital: 15-20 mg/kg/dosis IV, luego 3-5 mg/kg/día (mantenimiento). |
| Efectos Adversos Frecuentes | Sedación, hipotensión, depresión respiratoria (Benzodiacepinas, Fenitoína). | Somnolencia, irritabilidad (Levetiracetam); náuseas y prolongación QT (Lacosamida). |
| Indicaciones Principales | Estado epiléptico, crisis febriles prolongadas, epilepsias generalizadas. | Crisis focales, ausencias atípicas, epilepsias refractarias. |
| Contraindicaciones Comunes | Insuficiencia respiratoria severa (Benzodiacepinas), hepatopatías activas (Ácido Valproico). | Bloqueo AV severo (Lacosamida), hipersensibilidad a Levetiracetam. |

ERGE

Se define como:

Cuando la regurgitación del contenido gástrico causa complicaciones o contribuye a daño o inflamación tisular.



Factores contribuyentes:

Es cuando el esfínter esofágico inferior se relaja de forma inadecuada, lo que permite que el contenido del estómago vuelva al esófago y así pueda irritar la mucosa.

Factores de riesgo:

- Hernia hiatal.
- Laringomalacia.
- Obesidad.
- Antecedentes de prematurez.
- Escoliosis.
- Parálisis cerebral.

Cuadro clínico:

- Regurgitación.
- Irritabilidad.
- Vómito.
- Regurgitación recurrente disminuye durante el 1º año de vida.

Diagnóstico:

Iniciar con clínica:
Escasa ganancia de peso ponderal
Síntomas respiratorios (neumonías frecuentes, tos, ronquido), esofagitis.

Gold estándar:

PH metría.

Se recomienda el monitoreo del pH esofágico en pacientes

- Para correlacionar los síntomas con los episodios de reflujo ácido
- Con síntomas atípicos (sibilancias)
- Donde el reflujo ácido puede ser un factor agravante

E La acidez o dolor subesternal es un síntoma de ERGE con o sin esofagitis.

E Con frecuencia, los síntomas gastrointestinales de la APLV son los siguientes:

- Náusea
- Vómito
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Retraso en el crecimiento
- Pérdida de peso

Tratamiento farmacológico:

- Omeprazol: 0.7-3.5 mg/kg/día
- Lansoprazole: 15 mg vía oral una vez al día hasta 12 semanas.
- Esomeprazol:
De 1 a 24 meses: 0,25-1 mg/kg/día. Niños de 1-11 años: 10-20 kg: 10 mg/24 horas. ≥20 kg: 10-20 mg/24 horas.

Tratamiento no farmacológico:

Se recomienda la posición en decúbito supino en menores de 12 meses.
El espesamiento de la fórmula puede disminuir el número de episodios de vómito o regurgitaciones, pero no la frecuencia de episodios de reflujo.

Tratamiento quirúrgico:

- En caso de:
- Falla de tratamiento médico.
 - Dependencia a largo plazo del tratamiento médico.
 - Poco apego al tratamiento.
 - Complicaciones que amenacen la vida.
 - Pacientes con daño pulmonar asociado a aspiraciones por RGE.

Alergia a la proteína leche de vaca

Se define como:

Reacciones de hipersensibilidad iniciadas por un mecanismo inmunitario específico contra la proteína de leche de vaca, mediadas o no por IgE o mecanismos mixtos.



Factores de riesgo:

- Antígeno: Dosis, forma y vía de entrada.
- Edad de exposición.
- Factores genéticos.

Clínica:

Reacciones inmediatas:
Anafilaxia, gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea;
Respiratorios: Asma y rinitis;
Cutáneos: Eritema o angioedema.

Reacciones tardías:
Digestivos: Enteropatía, enterocolitis, proctocolitis;
Respiratorios: Tos crónica, sibilancias;
Cutáneos: Dermatitis atópica.

Etiología:

Proteínas de leche de vaca (3g por cada 100 ml).
Caseína (80%).
Proteínas séricas (20%).

- α -Lactoalbúmina.
- B-Lactoglobulina.
- Seroalbúmina.

Epidemiología:

- Prevalencia del 3.9 al 18%.
- Se presenta durante el 1º año de vida.
- Resolución entre el 1º-2º años.

Diagnóstico:

Clínico: HC + EF.

Prueba de supresión por 2-4 semanas o prueba de provocación oral.

Sensibilización mediada por IgE:

- Pruebas cutáneas: prick test >3 mm.
- Prueba analíticas: IgE específica >0.35 kU/L.
- Otras: IgG específica, test de microarray o test de activación de basófilos.

No usar leche de otros mamíferos ni formulas parcialmente hidrolizadas.

Tratamiento:

Principios básicos:

- Suspensión estricta de la ingesta, al menos durante 4 semanas.

Sustitutos de la leche de vaca:

- Formula extensamente hidrolizada.
- Formulas con base de aminoácidos.
- Formula de soya.

Otros tratamientos:

- Mantenimiento: prueba de tolerancia al año, cada 6 meses hasta los 3 y cada año hasta los 15.
- Anafilaxia: Adrenalina.
- Inmunoterapia >2 años



Cardiopatías congénitas

Se define como:

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

Epidemiología:

Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas más frecuentes, con incidencia de 4 a 12 por 100 recién nacidos vivos.
Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas más frecuentes, con incidencia de 4 a 12 por 100 recién nacidos vivos.

Detección:

Niños que nacen con cardiopatias congénitas desarrollan síntomas en los primeros días de vida extrauterina:
Insuficiencia cardiaca congestiva

Exploración física:

Importante observar el fenotipo en busca de rasgos sindrómicos.

- (Es frecuente que durante su alimentación presenten):
- Taquicardia
 - Sudoración
 - Retracción subcostal

Sindrome de down, Turner.
Ojos: forma de parpados y presencia de luxación e cristalino.
Altura y simetría de pabellones auriculares.
Fisura labiopalatina.
Paladar ojival.
Alteraciones perinatales.
Deformidades torácicas.
Hiperlaxitud articular cuello "alado",
Malformación dedos o manos.

Diagnostico:

- Clínica
- En sospecha de cardiopatía congénita
- Tele de torax y electrocardiograma
- Radiografía de torax

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ACIANÓTICAS | Cortocircuito de izquierda a derecha: | CIV, CIA, ductus, canal aurículo-ventricular, drenaje venoso anómalo pulmonar parcial |
| | Obstructivas corazón izquierdo: | Coartación aórtica, estenosis aórtica, estenosis mitral, hipoplasia ventrículo izquierdo |
| | Insuficiencias valvulares y otras: | Insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, estenosis ramas pulmonares |
| CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CIANÓTICAS | Obstructivas corazón derecho | Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar, ventrículo único o atresia tricuspídea con estenosis pulmonar |
| | Mezcla total | Ventrículo único o atresia tricuspídea sin estenosis pulmonar, truncus arterioso, drenaje venoso anómalo pulmonar total |
| | Falta de Mezcla | Trasposición de Grandes Arterias |

Tratamiento:

El tratamiento es sobre todo quirúrgico

Si el niño presenta una crisis hipoxémica aguda, se debe de colocar en posición genupectoral

Base de oxígeno y sedación con barbitúricos o morfina.

Incompatibilidad del grupo y RH.

Realizar: HC completa con especial énfasis en SNC. Investigar antecedentes maternos.

Madre HR negativo:

No

Sí

Determinar en RN: Grupo sanguíneo ABO y RH. Hematocrito. Hemoglobina. Bilirrubina sérica. Frotis de sangre. Coombs directo.

Rh positivo y Coombs directo positivo

Diagnóstico diferencial

No

Sí

Vigilancia: repartir bilirrubinas en 6 hrs y vigilar estado neurológico.

Bilirrubina elevada. Hematocrito bajo. Reticulocitos elevados.

Bilirrubina elevada

No

Sí

Bilirrubinas normales o levemente elevadas con signos sugestivos de encefalopatía.

Evaluar bilirrubinas: Edad gestacional. Horas de vida. Cifras de bilirrubinas séricas

Realizar exanguinotransfusión, independientemente de cifras de bilirrubinas.

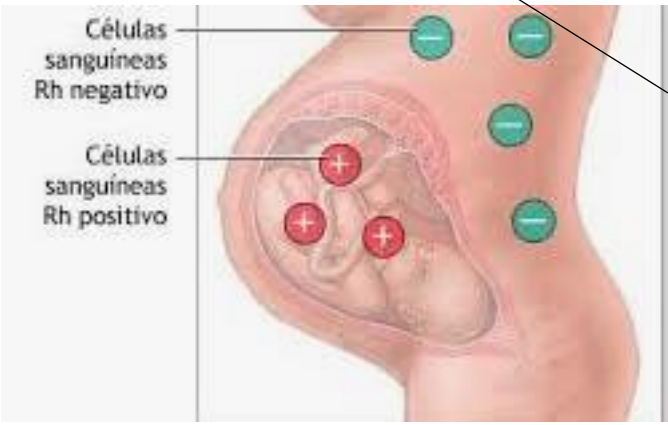
Fototerapia o xaguinotransfusión

Exanguinotransfusión

Fototerapia

Realizar con doble volumen

Decidir que tipo de acuerdo



Descenso de bilirrubinas

Sí

No

Egreso hospitalario, realizar seguimiento estrecho del desarrollo psicomotor.

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

Investigar complicaciones y otras causas de hiperbilirrubinemia

