



Nombre del alumno: Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema: Algoritmos

Cuarto parcial

Nombre de la materia: Clinica Pediatricas

Nombre del docente: Miguel de Jesús Garcia castillo

Medicina Humana

7to Semestre Grupo C

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Vigilancia y diagnostico



Recién Nacido en la primera hora de vida

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

- Factores de riesgo para presentar hipoglucemia:

 - Grande para edad gestacional (incluso sin diabetes materna).
 - Estrés perinatal (asfixia, preclampsia, etc).
 - RCIU
 - Eritroblastosis fetal.
 - Hipotermia.
 - Policitemia.
 - Hipotermia.
 - Sepsis.
 - Prematurez.
 - Hijo de madre diabética.
 - Dificultad en la alimentación.
 - Medicamentos ingeridos por la madre (beta

Manejo del recién nacido sano

¿Tiene factores de riesgo para presentar hipoglucemia?

NO

Determinación posprandial de glucosa capilar a las 2 horas de vida

SI

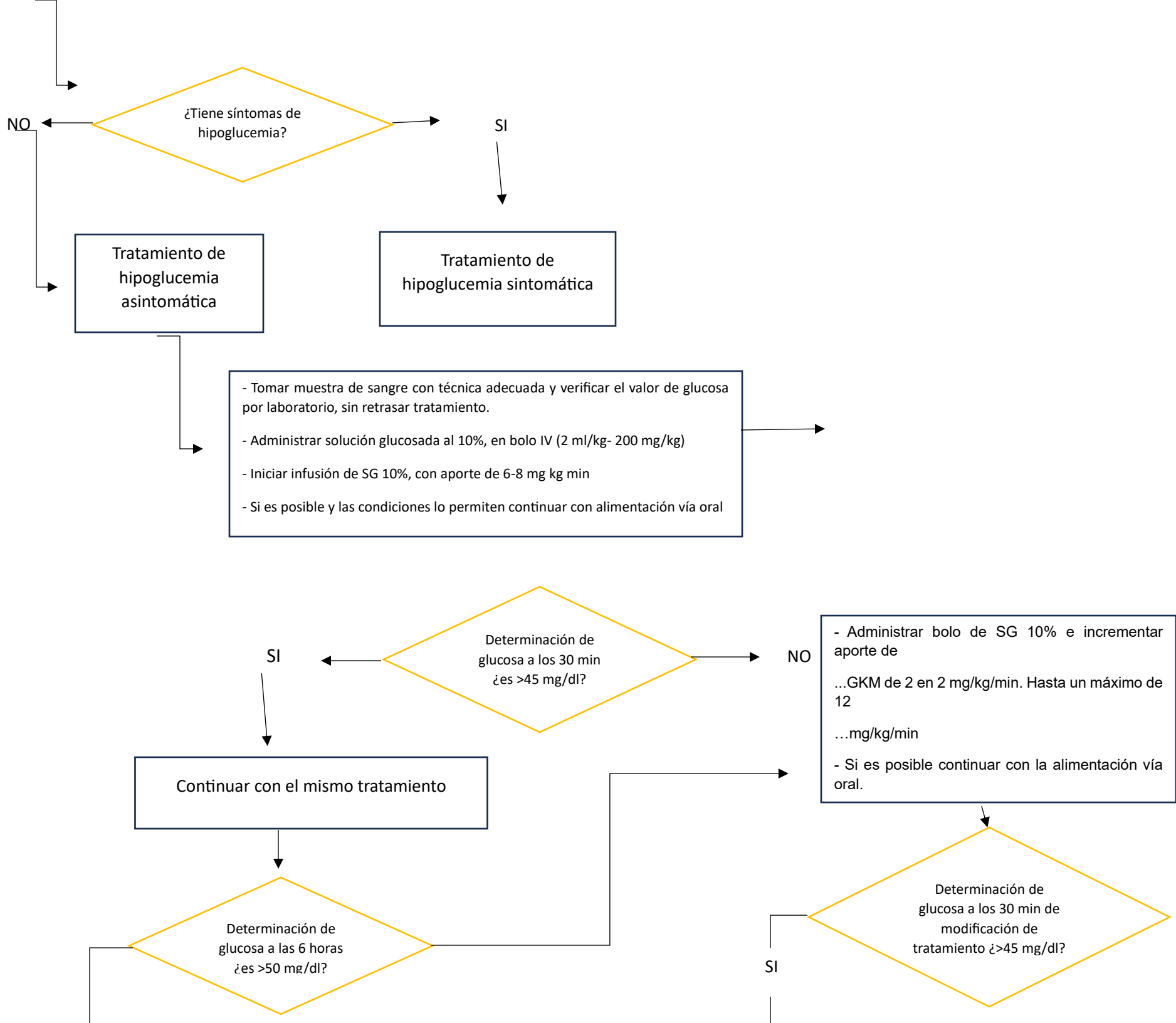
¿Tiene niveles de glucosa menor de 45

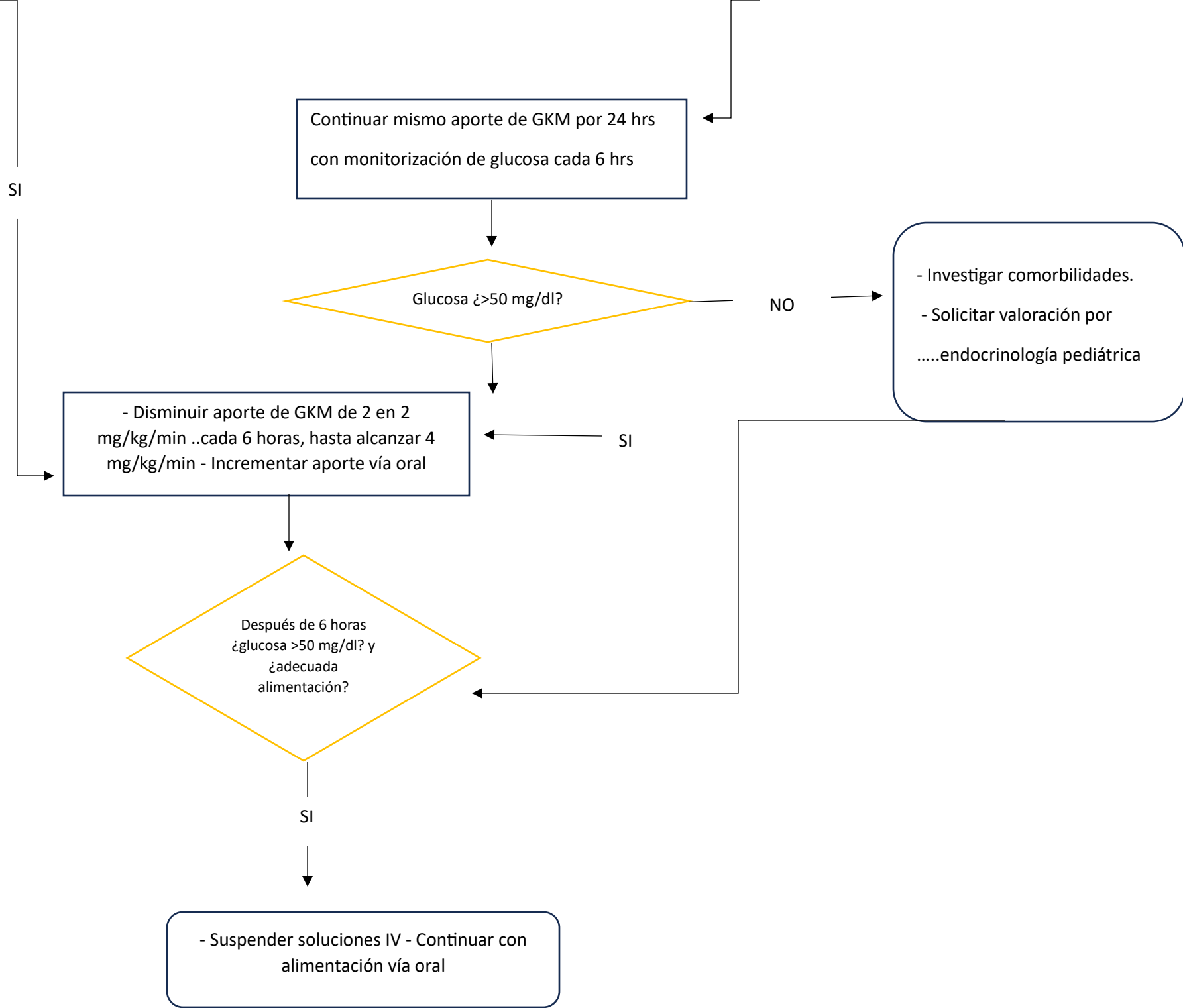
SI

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.





Recién nacido con hipoglucemia asintomática

¿Cuál es el nivel de glucosa?

Glucosa \leq 25 mg/dl.

Glucosa entre 25-45 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 senomaterno
- 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 .

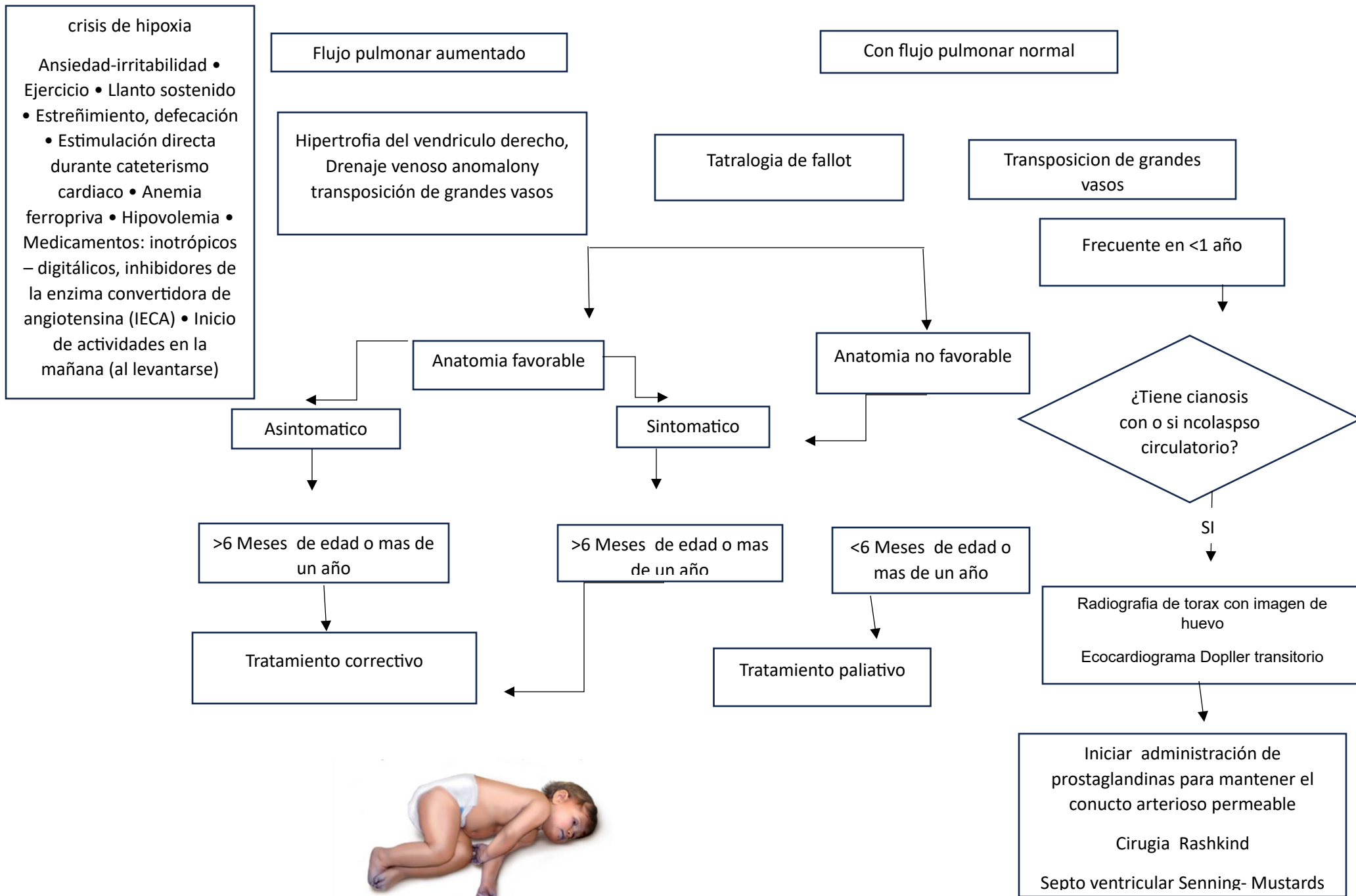
Continuar manejo como ¿Glucosa \leq 45 mg/dl? hipoglucemia sintomática

¿Glucosa \leq 45 mg/dl?

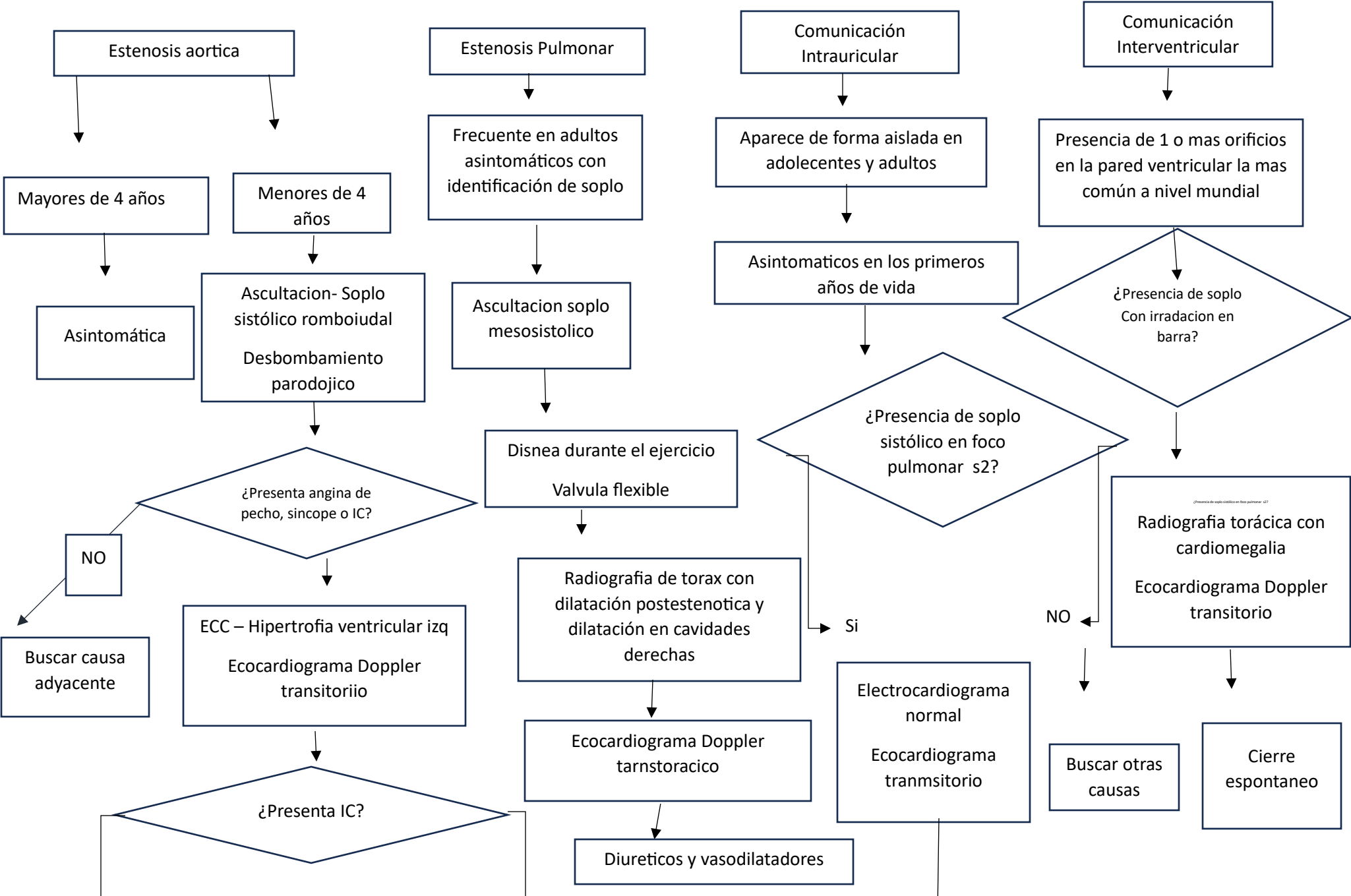
- Iniciar solución glucosada al 10% con aporte de 6-8 mg/kg/min. - Valorar la posibilidad de alimentación enteral

- 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.

CARDIOPATIAS CONGENITAS CIANOTICAS



CARDIOPATIAS CONGENITAS ACIANOTICAS



SI



NO

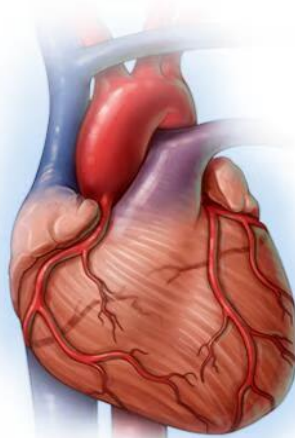


Cierre del defecto

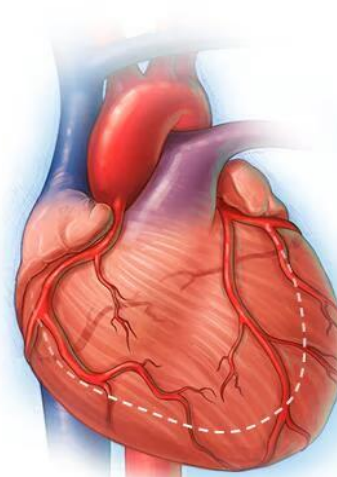
Se recomienda enviar del segundo al tercer nivel de atención médica a los pacientes con sospecha clínica y/o auxiliares de diagnóstico de patología que amerite nuevamente tratamiento (disfunción protésica, disfunción de otra válvula cardíaca, Bloqueo Auriculo-ventricular etc.).

Diureticos e IECAS

Typical heart

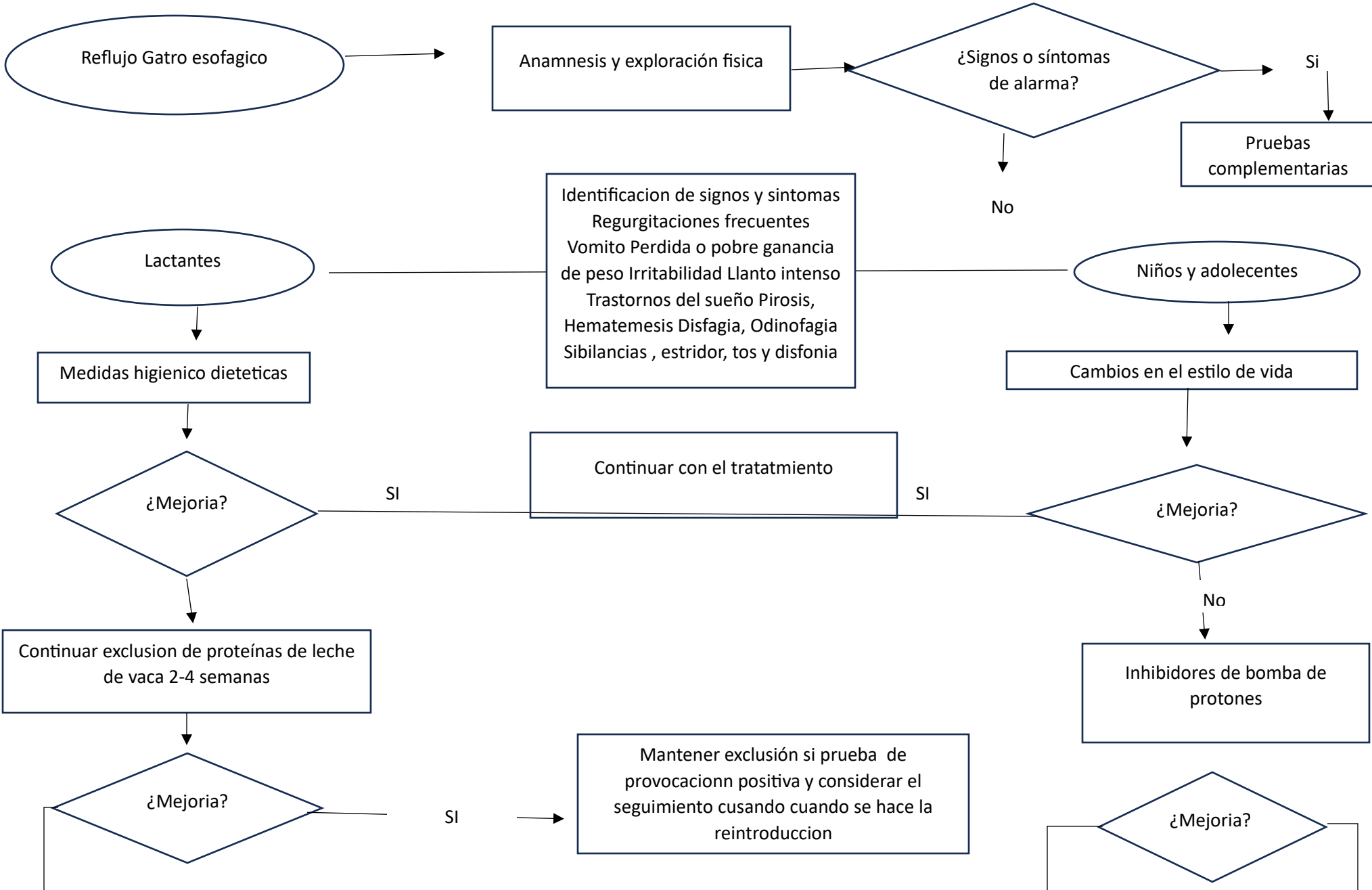


Enlarged heart



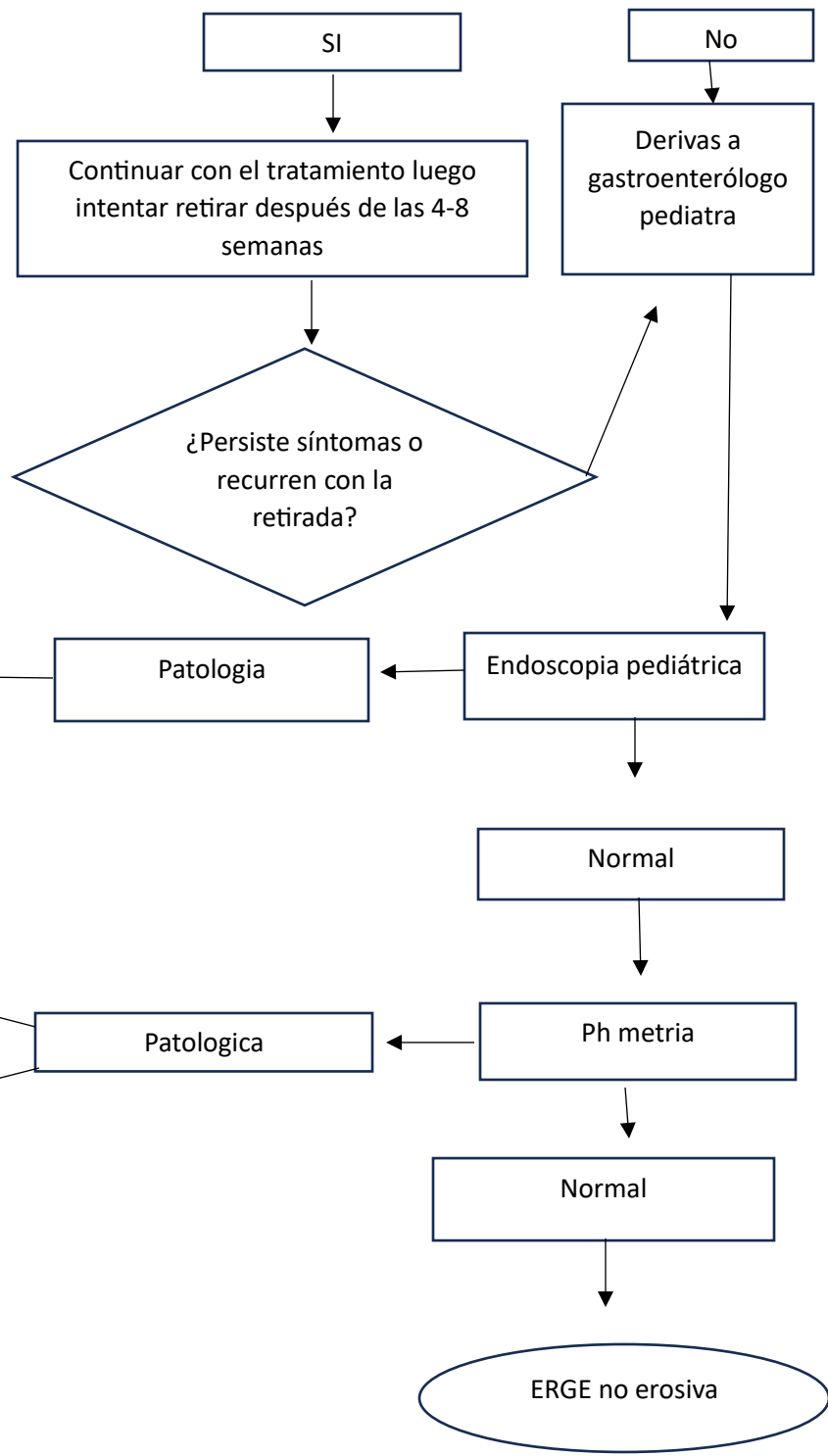
© MAYO CLINIC

ERGE (Enfermedad de Reflujo Gastro Esofagico)



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

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



Pirosis funcional

Esofago hipersensible

Crisis convulsivas febriles

Personas que ingresan por crisis convulsivas por primera vez

Amarillo

Fiebre en niño menor de 6 meses y mayor de 5 años

Niño acude a valoración por la primera crisis convulsiva

¿Continúa convulsionando?

NO

SI

¿Cumple con criterios de hospitalización?

NO

SI

¿Tiene criterio de crisis convulsiva parcial sin comorbilidades agregadas?

Administrar fenitoína IV
20mg/kg
Velocidad menor 3 mg/kg
min o menor 25mg/kg

¿Continúa convulsionando?

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

- Edad menor a 1 año
- Glasgow menor de 15
- Afección del estado general
- Datos de hipertensión endocraneana
- Meningismo
- Crisis convulsivas de mas de 15 minutos
- Recurrencia de la crisis en las primeras 12 hrs
- Crisis convulsivas parciales

CRITERIOS DE MANTENIMIENTO 2 O MAS

- Edad menor de 12 meses
- Crisis convulsivas parciales
- Crisis convulsivas mas de 15 minutos de duración
- Fenimeno Post- ictal mayor de 30 minutos de duración
- Deficit neurologico a la exploración física
- Mas de 2 crisis convulsivas en 24 hrs
- Estado epileptico



Egresar y valoración integral por neurologo pediatra

Indicar Valproato de magnesio , egresar y valoración integral por neurlogo pediatra

SI

Solicitar
Electroencefalograma o tomografía computarizada
Resonancia magnetica

SI

Valoracion integral por neurologo pediatra y tratamiento especifico de acuerdo a la patología indicada

Administrar midazolam 0.15-0.2 mg/kg
Midazolam de infusion continua 0.75cg/kg/min
Persistencia utilizar medicamentos para coma
Propofol IV 3-5 mg/kg mas 1-15 mg/kg /hr

SI

Administrar Fenitoina 10 mg/kg adicionales dosis máxima de 30 mg/kg
Fenitoina IV a 15-20 mg/kg

NO

Hospitalizacion

¿Se encontraron alteraciones en los estudios?

SI

¿Sigue convulsionando?

NO

Hospitalizacion y tratamiento especifico

Incompatibilidad de grupo y RH.

Incompatibilidad RH

Recién nacido que presenta: Ictericia temprana de rápida evolución Anemia Alteraciones neurológicas

Realizar

Historia clínica completa con especial énfasis en SNC
Investigar antecedentes maternos

Madre RH negativo

NO

SI

Diagnostico diferencial

Determinar en el RN

- Grupo sanguíneo ABO y Rh
- Hematocrito
- Hemoglobina
- bilirrubina serica
- Frotis de sangre

Incompatibilidad de grupo ABO

Grupo RhD +

Grupo RhD --

Test de Coombs -

Test de Coombs +

Manejo según normas

Manejo habitual

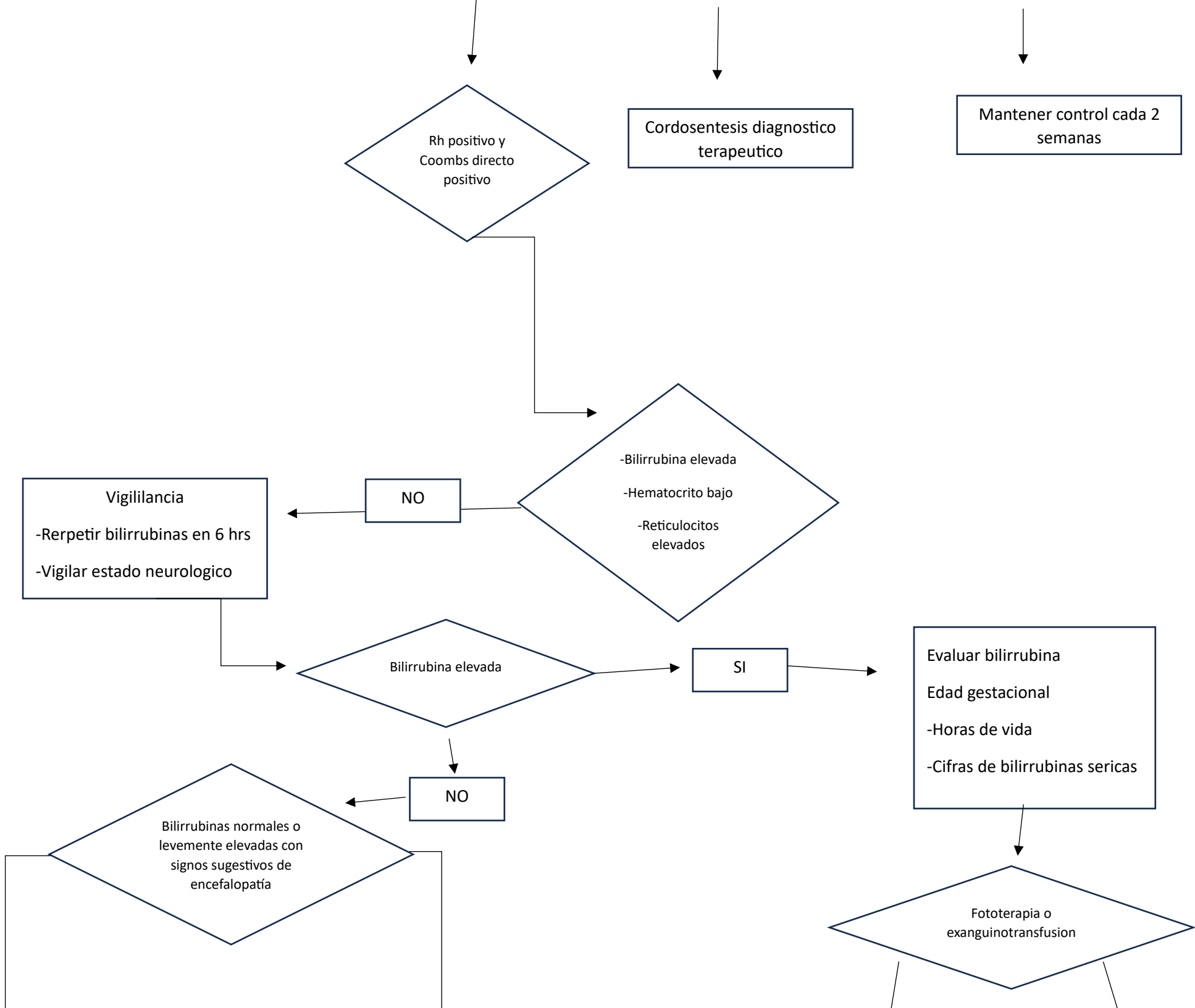
Solicitar estudios de anticuerpos irregulares

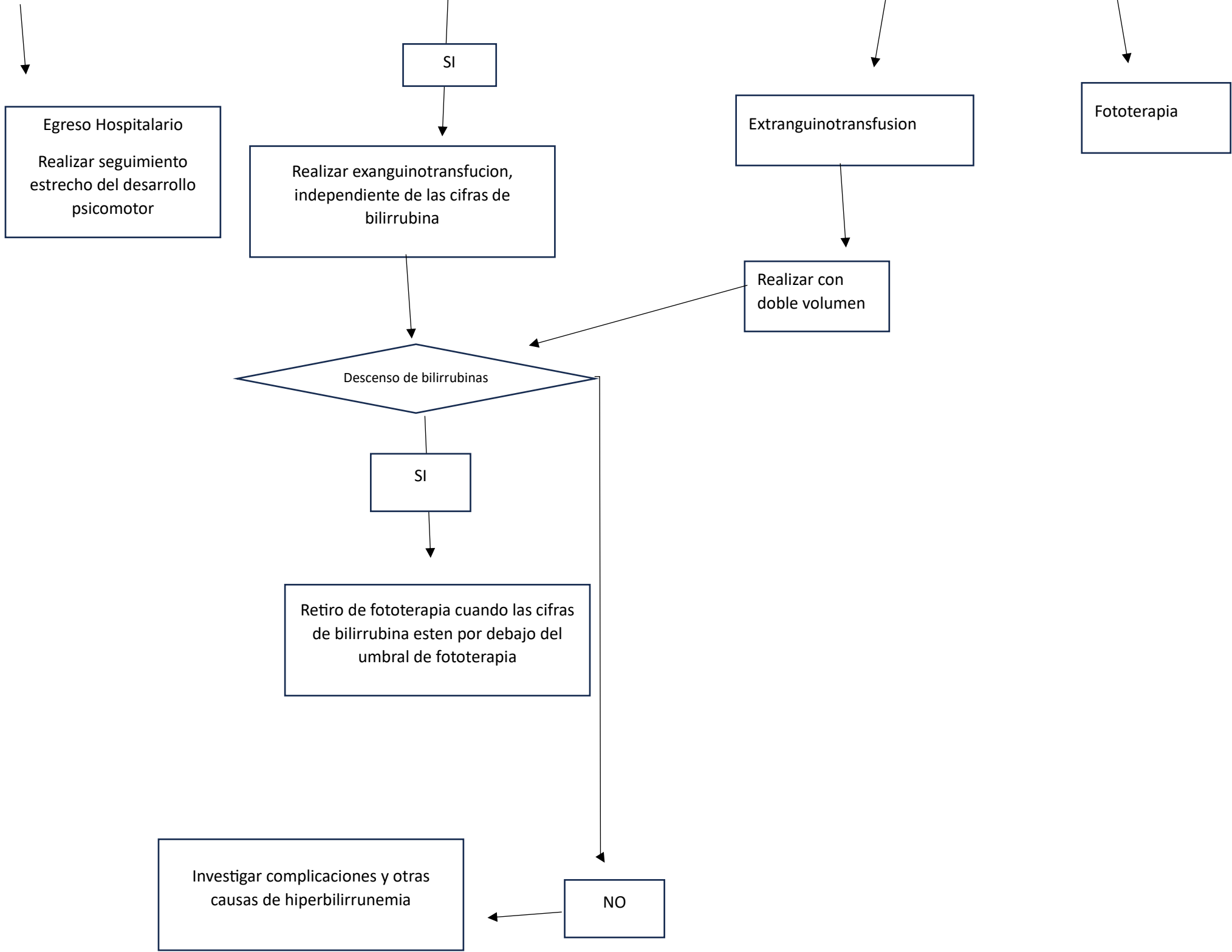
Anticuerpo con riesgo de EHP

Control mediante peak sistólico ACM desde la 16-18 semanas cada 2

Peak sistólico ACM mayor 1,5

Peak sistólico ACM mayor 1,5





SI

Egreso Hospitalario
Realizar seguimiento estrecho del desarrollo psicomotor

Realizar exanguinotransfucion, independiente de las cifras de bilirrubina

Extranguinotransfucion

Fototerapia

Realizar con doble volumen

Descenso de bilirrubinas

SI

Retiro de fototerapia cuando las cifras de bilirrubina esten por debajo del umbral de fototerapia

Investigar complicaciones y otras causas de hiperbilirrunemia

NO