



Mi Universidad

Diagrama de flujo

Dulce Mirely Torres Narvaez

Diagrama de flujo

Cuarto parcial

Clínica Complementarias de Pediatría

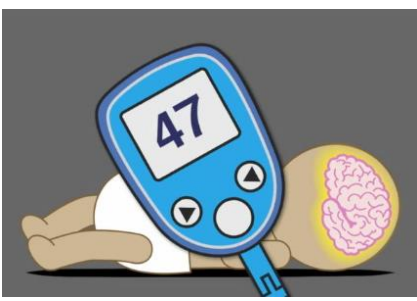
Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7°C

Comitán de Domínguez a 18 de diciembre del 2024

Hipoglucemia Neonatal



Recién nacido en la primera hora de vida

- Mantener temperatura corporal
- Iniciar contacto piel a piel
- Iniciar a alimentación en los primeros 30-60 min VEU

Factores de riesgo

- Prematurez
- Infección grave
- Madre diabética



¿Presencia de FR para hipoglucemia?

No

• Manejo del recién nacido sano

Si

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

¿Tiene niveles de glucosa <45 mg/dl?

No

• Mantener alimentación al seno materno de forma frecuente (10-12 tomas al día)
• Determinación de glucemia capilar preprandial cada 4-6 hrs.
• Suspender monitorización después de las 36 hrs DVEU o 2-3 determinaciones de glucosa capilar normal

Si

Tomas muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa por técnicas de laboratorio

¿Tiene síntomas de hipoglucemia?

No

Tratamiento de hipoglucemia asintomática

Si

Síntomas

- Apnea
- Adinamia
- Cianosis
- Convulsiones
- Estupor

• Tomar muestra de sangre con técnica adecuada y verificar el valor de glucosa por laboratorio
• Administrar solución glucosada al 10%, en bolo IV (2ml/Kg- 200mg/Kg)
• Iniciar infusión de SG 10%, con aporte de 6-8mg/Kg min.
• Si es posible, continuar con alimentación oral.

Determinación de glucosa a los 30min, ¿Es >45mg/dl?

No

• 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

Si



Determinación de glucosa a las 6 hrs, ¿Es >50mg/dl?

Si

• Disminuir aporte de GKM de 2 en 2 mg/kg/min
• Incrementar aporte vía oral

Después de 6 hrs ¿Glucosa >50mg/dl? Y ¿Adecuada alimentación?

• Suspender soluciones IV
• Continuar con alimentación vía oral

Determinación de glucosa a los 30min, ¿Es >45mg/dl?

No

• Investigar comorbilidades
• Solicitar valoración por endocrinología pediátrica





Crisis Convulsivas Febriles

Episodios convulsivos que aparecen durante la lactancia y primera infancia, asociados a fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ en niños sin anomalías neurológicas ni crisis febriles previas.



Activa

De que tipo

No activa

Evaluación inicial

- Aspecto
- Respiratorio
- Circulación

Manejo inicial ABCDE

- Abrir y recolocar vía aérea
- Pulsioxímetro
- Valorar perfusión cutánea y canalizar.
- Pupilas y AVPN
- Desvestir y tomar temperatura

CF Típica

- Entre 6 meses y 5 años
- $<24\text{ h}$ del proceso febril
- Temperatura 38°C
- Generalizada
- <15 minutos de duración
- Proscrito corto

CF Atípica

- 5 años
- $>24\text{ h}$ del proceso
- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$
- focales
- $>$ de 15 minutos de duración
- Proscrito largo
- Parálisis de Todd

Fase tónica



Fase clónica



ADAM.

Diagnostico

- Clínico y exploración física
- Química sanguínea
- Punción lumbar
- Neuroimagen
- Electroencefalograma

¿Buen pronóstico?

Si

Alta a domicilio

No

- Diazepam rectal 0.5mg/Kg
- Midazolam bucal 0.2 mg/Kg
- Lorazepam intranasal 100 cg/Kg

Observación

¿pronostico?

Recurrencia

- Menos de 12 meses
- Antecedentes familiares de CF
- Temperatura baja en 1°CF
- Fiebre menos 1 h antes de CF

Riesgo de epilepsia

- Menos de 12 meses
- Crisis febriles recurrentes
- Antecedentes familiares de CF
- Crisis febriles atípicas o estatus febriles
- Alteración neurológica previa
- 1°CF tras vacunación



ERGE y alergia a la proteína de leche de vaca



ERGE: Se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago
 APLV: reacción del sistema inmunitario frente a la proteína de leche

Síntomas desde los 6 meses o persisten mas de 12 meses

ERGE patológico

ERGE fisiológico

Afecta mayormente <12 meses

¿Presencia de signos de alarma?

Si

Tener en cuenta signos de alarma para elección de pruebas diagnósticas y abordaje del paciente

Síntomas

- Vómito atónico
- Regurgitación
- Rumiación
- Escasa generación ponderal
- Esofagitis
- Laringitis por repetición

No

Evitar la sobrealimentación de leche pesada y continuar con leche materna

¿Mejora?

Si

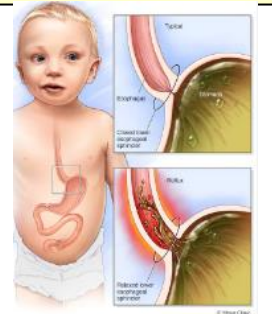
- Continuar con tratamiento

No

Considerar 2 a 4 semanas de hidrolizado extenso o fórmula, o en lactantes alimentados solo con pecho materno, realizar dieta materna de exclusión de proteína de leche de vaca

Tratamiento

Considerar 4 a 8 semanas de IBP y, si mejoran los síntomas, luego suspender



¿Persisten síntomas?

Síntomas leves a moderado de APLV

Sospecha de diagnósticos diferenciales

Síntomas severos de APLV

Indicar dieta de eliminación estricta de lácteos en la dieta de la madre por al menos 4 semanas

Dieta de eliminación y envío a tercer nivel de atención gastroenterólogo pediatra o inmunológico

¿Mejora?

No

Sustitución de fórmula extensamente hidrolizada

¿Mejora?

Si

Vigilancia clínica, valorar prueba de tolerancia a partir del primer año de edad

Si

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

No

Verificar apego a la dieta

¿Tolerancia?

Si

Continuar con fórmula extensamente hidrolizada

¿Mejora?

Si

Dieta sin restricción de lácteos

No

Iniciar manejo con fórmula de aminoácidos

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





Cardiopatías Congenitas



Acianógenos

Clasificación

Cianógenos

Ductus dependiente

Ductus no dependiente

Flujo pulmonar aumentado

- Cortocircuito de izquierda a derecha
- CIV y CIA

Flujo pulmonar normal

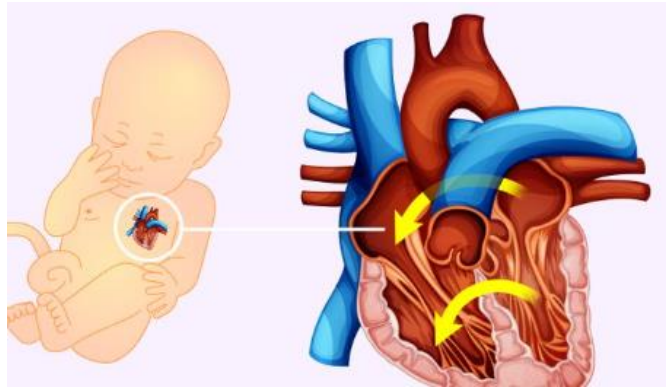
- Obstrucción
- Estenosis aortica
- Estenosis mitral
- Interrupción del arco aórtico
- Coartación aortica

Flujo pulmonar disminuido

- Estenosis pulmonar crítica
- Atresia pulmonar con CIV
- Transposición con atresia o estenosis pulmonar severa

Flujo pulmonar normal

- Estenosis aortica
- VI hipoplásico
- Transposición de grandes vasos
- Transposición con CIV y coartación aortica



Flujo pulmonar disminuido

- Tetralogía de Fallot
- Anomalia de Ebstein

Tes de hipoxia

¿Cianosis central <75%?

¿Respuesta?

No

Patología pulmonar



Tratamiento

- Prostaglandinas
- Diuréticos
- Cateterismos
- Cx

Si

Cardiopatía congénita

Diagnostico

RX de tórax

Tetralogía de Fallot

La presencia de cuatro defectos cardiacos que es CIV, extraposicion de la aorta, estenosis pulmonar, hipertrofia de ventrículo izquierdo

Tratamiento

Cirugía: cerrar el defecto septal interventricular, abrir la via de salida del ventrículo derecho, reparar o sustituir válvula pulmonar, extirpar el musculo engrosado situado de bajo de la válvula pulmonar

Coartación de aorta

Se caracteriza por el estrechamiento de la aorta

Tratamiento

Trasposición de grandes arterias

Se produce cuando la aorta y la arteria pulmonar se invierten

Tratamiento

Cirugía

Estenosis de válvula aortica y pulmonar

Como el estrechamiento de las válvulas aortica y pulmonar reduce el flujo sanguíneo

Tratamiento

• Cirugía
• Cateterismo

Comunicación intraventricular

Defecto septal ventricular es un defecto cardiaco común que suele estar presente en el momento del nacimiento

Tratamiento

• Digoxina
• Diuréticos
• Cirugía
• Cateterismo
• Colocación de banda

Comunicación interauricular

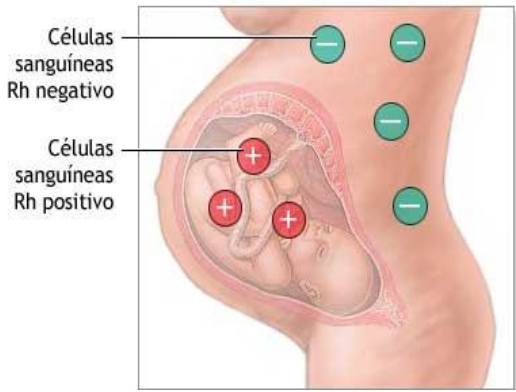
Anomalia cardiaca congénita producida cuando el tabique interauricular no se forma correctamente en el desarrollo fetal

Tratamiento

• Betabloqueadores
• Reparación qx

Incompatibilidad de grupo y RH

La incompatibilidad RH es una afección que ocurre cuando una madre embarazada tiene sangre RH negativo y el bebé tiene sangre RH positiva.



Recién nacido que presenta

- Ictericia temprana de rápida evolución
 - Anemia
- Alteraciones neurológicas

Realizar

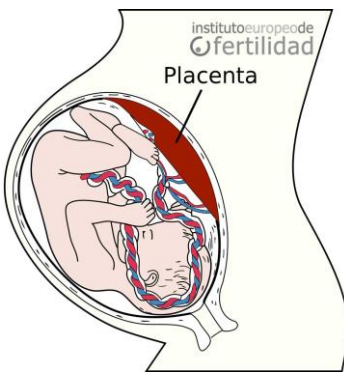
- Historia clínica completa con especial énfasis en SNC
- Investigar antecedentes maternos

¿Madre Rh negativo?

No

Buscar diagnostico diferencial

Si



Determinar en el RN

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



¿Rh positivo y Coombs directo positivo?

No

Buscar diagnostico diferencial

Si

Bilirrubina elevada
Hematocrito bajo
Reticulocitos elevados

No

- Vigilancia
- Repetir bilirrubinas en 6h
- Vigilar estado neurológico

Si

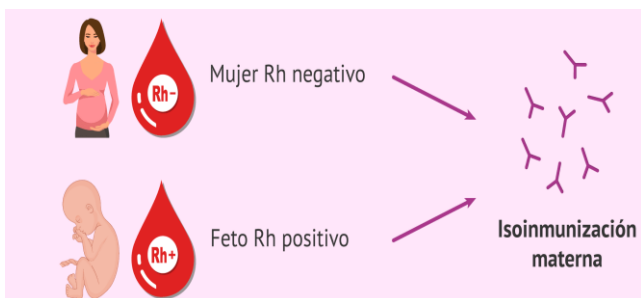
- Evaluar bilirrubinas y
- Edad gestacional
- Horas de vida
- Cifras de bilirrubina séricas

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

¿Fototerapia o exanguinotransfusión?

Si

Descenso de bilirrubinas



- Exanguinotransfusión
- Fototerapia

No

Investigar complicaciones y otras causas de hiperbilirrubinemia

Bibliografía

- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica detección de cardiopatías congénitas en niños mayores de 5 años adolescentes y adultos
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, tratamiento de Enfermedad Hemolítica por isoimmunización a Rh en el recién nacido
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica., Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal GPC
- Guía de Pediatría Española, manejo de las crisis convulsivas febriles
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, tratamiento del Reflujo Gastroesofágico en pediatría en el primer nivel de atención
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, tratamiento del manejo de la Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca