



**Mi Universidad**

**DIAGRAMAS DE FLUJO**

*Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.*

*DIAGRAMAS DE FLUJO DE TEMAS VISTOS EN CLASE.*

*4to parcial*

*Clínicas de Pediatría.*

*Dr. Miguel de Jesús García Castillo.*

*Licenciatura en medicina humana*

*7mo semestre Grupo C*

*Comitán de Domínguez, 18 de Diciembre del 2024.*

# Hipoglucemia Neonatal

La hipoglucemia neonatal se define como un nivel de glucosa en sangre inferior a 45 mg/dL en recién nacidos.

Tx

Asintomático

Sintomático

- Promover lactancia materna o administrar fórmula (10ml/kg)
- Revaluar glucosa en sangre a los 30 y 60 min.

- Dextrosa al 10% en bolo (2ml/kg)
- Iniciar infusión continua con dextrosa al 10% (glucosa: 4-8 mg/kg/min). Revaluar glucosa en 30 min.

Epidemiología

Incidencia global entre 1.3 y 5/1000 nacidos vivos.

Hasta el 72% en los RN que tienen factores de riesgo. (3 días posterior al nacimiento)

Etiología

Hipotermia Persistente

FR

- Grande para la edad gestacional.
- Hijo de madre diabética
- Medicamento (valproato)

Clinica

- Estupor 100%
- Agitación 81%
- Convulsiones 58%

Puede provocar hipoglucemia grave y acidosis metabólica

Dx

Glucosa sanguínea con valores de <45mg/dl

SI

Tratamiento IV

Reducir gradualmente y promover oral

NO

Alimentación regular y vigilancia

SI

Incrementar la infusión de glucosa

>45 mg/dL

NO

# Crisis Convulsivas Febriles

Las crisis febriles son convulsiones asociadas a fiebre (>38 °C), sin evidencia de infección intracraneal, desequilibrio metabólico, o antecedente de epilepsia en niños de **6 meses a 5 años**.

## Etiología

**Aumento rápido de la temperatura corporal**

**Sin antecedentes de convulsiones ni patologías neurológicas.**

Dx

Clinicos

Laboratorio  
BHC/Glucosa/NA

Complementario

Punción lumbar/  
EEG/TAC

TX

Típicas

Antipiréticos  
(PARACETAMOL)

Atípicas

Estabilización ABCD

Frenar Crisis

Benzodiazepinas  
(Diazepam IV 0.25-0.5 mg/kg)

Clasificación

Típicas  
80%

Atípicas  
20%

**Mayor riesgo de epilepsias**

CRISIS FEBRILES: CARACTERÍSTICAS POR TIPO

	CRISIS TÍPICA	CRISIS ATÍPICAS
Edad	6 meses - 5 años	< 6 meses - > 5 años
Tipo	Generalizada	Focal o compleja
Duración	<5 minutos	>5 minutos
Proscrito	<30 minutos	>30 minutos
Inicio	En <24h desde el inicio del cuadro febril	En >24h desde el inicio del cuadro febril
Numero de crisis	Una sola vez en un cuadro febril	Recurrencia en un mismo cuadro febril
Focalidad neurológica	No	Puede haber
Antecedentes	No antecedentes de crisis- antecedentes de crisis febril atípica	Puede a ver antecedentes de epilepsia

# RGE/ERGE

Etiopatogenia

Relajación transitoria del esfínter esofágico inferior

Retraso en el vaciamiento gástrico

Aumento presión intraabdominal

Epidemiología

RGE

2/3 <1 año

ERGE

1/300 presentan

Clasificación

RGE

ERGE

Reflujo sin esfuerzo

Falla de crecimiento

Fisiológico

Regurgitación con sintomatología acompañante

- Tos
- Esófago de Barret
- Esofagitis

Fisiológico

DX

CLINICO

DX

- Serie de esofagogastroduodenal
- PH metria para monitoreo
- PH metria+ Impedancia

TX farmacológico

TX NO farmacológico

4 meses Mayor (incidencia en 65%)

Clinica

Vomitadores felices

NO FARMACOS

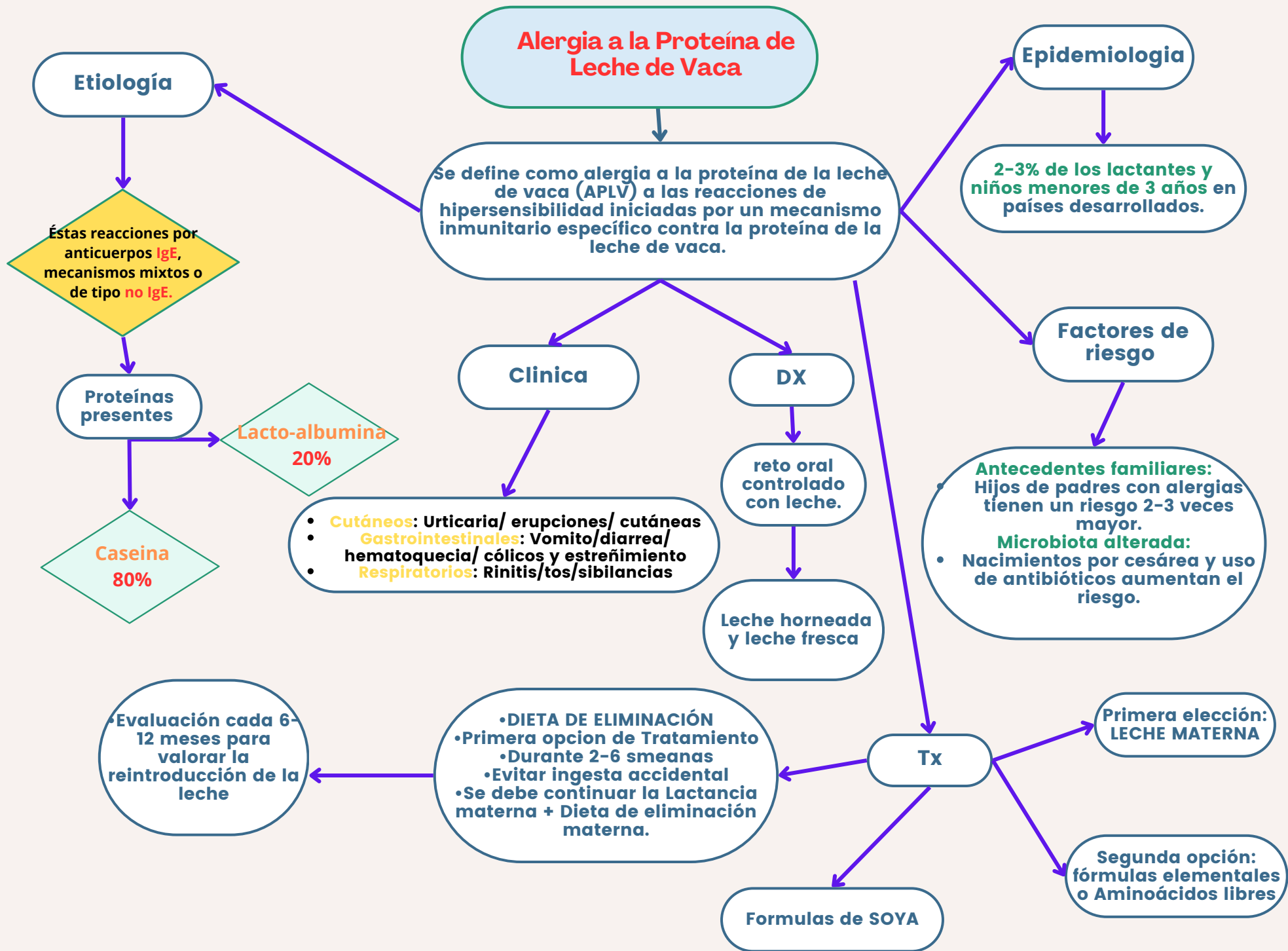
18 meses Resolución Max.

- Reflujo sin esfuerzo
- Reflujo sin dolor
- Crecimiento normal

Posición en decúbito supino <12 meses

Lactantes (Omeprazol, Lansoprazol, Esomeprazol) 0.3 - 3.5 mg/kg/día c/24hr (Maximo 80mg día)  
Niños/adolescentes (Pantoprazol, Rabeprazol)

- RGE:** Paso del contenido gástrico hacia el esófago o boca sin esfuerzo alguno
- ERGE:** RGE+Inflamación o Lesion tisular



# CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

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

## EPIDEMIOLOGIA

- 1/3 síntomas al nacimiento
- 80% insuficiencia cardiaca congestiva
- Mundo: Comunicación Interventricular
- México: Ductus arterioso persistente

## CLASIFICACION ACIANOTICA Y CIANOTICA

### CIA

2a en México  
Pequeños <5 mm  
asintomáticos hasta 4ª o 5ª década de la vida  
Grandes >10 mm,  
síntomas 3ª década de la vida y no hay cierre espontáneo

### Clínica

Infancia (Asintomática)  
Afecta el flujo pulmonar y riesgo de infecciones  
Niños sintomáticos (taquipnea, disnea y arritmias)  
Soplo (retraso en el cierre de la valvula pulmonar)

Tratamiento Cateterismo  
Sobrecarga de volumen en cavidades derechas y resistencias pulmonares <6 unidades Wood

### DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Permeabilidad del conducto arterioso posterior a la 6ta semana

Factores de riesgo principales  
\*Antecedentes de hermanos  
\*Alteración cromosómica 21,18,13

### Clínica

Infancia asintomatica  
Aumenta el flujo pulmonar  
Niños sintomáticos: Disnea, fatiga, IC Soplo continuo (Maquinaria de vapor)

Exploración ECG RX Tórax  
Ecocardiograma transtoracica

### CIV

Presencia de 1 o más orificios en la pared que separa los ventrículos del corazón

### Clínica

\*Infancia (asintomática)  
\*Aumenta el flujo pulmonar  
\*Niños sintomáticos: Falla del crecimiento, eisenmenger con cianosis

Exploración  
\*\*Gold standard\*\*\*  
Ecocardiograma transtoracico Doppler

Tratamiento  
\*Gold quirúrgic. Sobrecarga de volumen en cavidades derechas y en resistencias pulmonares < 6 unidades wood.

# CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

## ESTENOSIS PULMONAR

Alteración congénita obstructiva de la arteria pulmonar afectando los velos valvulares o a nivel sub/supra valvular

Subvalvular:  
Tetralogía Fallot

Supra valvular:  
estenosis aislada

Clínica

Asintomático: leve y aislada  
Signos: Disnea durante ejercicio - Hipoxemia - Cianosis (defecto septal)

CONFIRMAR DIAGNOSTICO

\*\*\*\*Ecocardiografía Doppler\*\*

Tratamiento  
\*Tratamiento de elección  
Valvuloplastia percutánea con balón

## CIANOTICA

D- Transportación de grandes arterias

Cardiopatía congénita cianótica + frecuente al nacimiento Sexo masculino

Clínica

Cianosis intensa desde el nacimiento (es necesario aumentar defecto foramen oval y Ductus)

CONFIRMAR DX  
ECO/ANGIO/TAC/RM

Pronóstico y tratamiento Sin tx el 90% fallecen en el primer año de vida  
Prostaglandina (Mantener el E1 Ductus permeable)  
Reimplantación de grandes arterias en su lugar correspondiente

## TETRALOGIA DE FALLOT

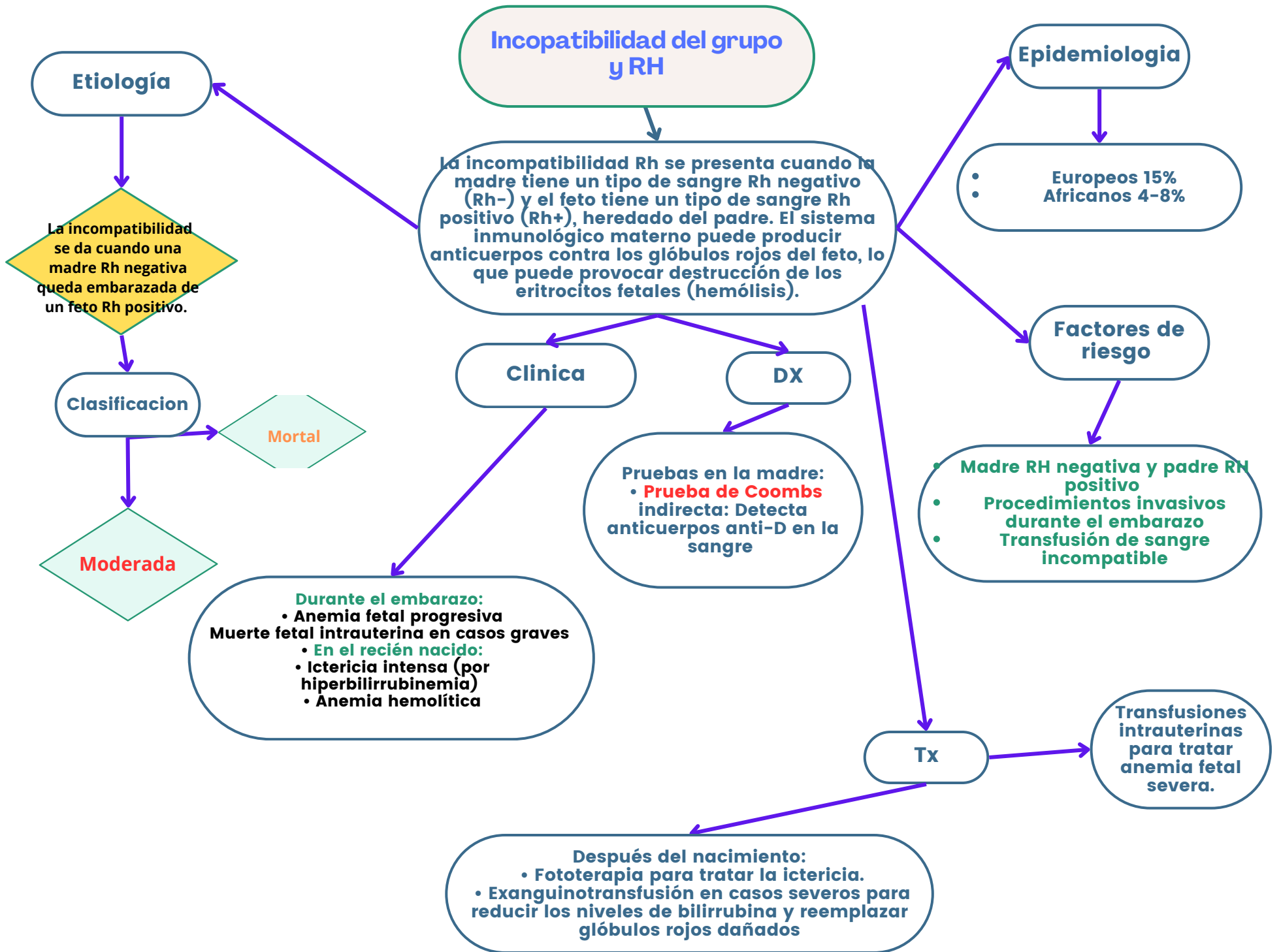
Desviación antero cefalica de septum de salida caracterizada por: (CIV) (Estenosis pulmonar)

Clínica

\*Clínica Cianosis proporcional a obstrucción pulmonar  
\*Disnea - Acropaquias retraso en el crecimiento.  
\*Soplo de estenosis pulmonar con duración e intensidad a grado de obstrucción

Tratamiento PALIATIVO:

- Fistula sistémico pulmonar
- Aumentar flujo sanguíneo
- Colocación de STENT
- Valvulopatía con balón QUIRURGICO
- Cierre del defecto septal IV
- Abrir vía salida del ventrículo





# BIBLIOGRAFIAS:

1. Hipoglucemia neonatal: Secretaría de Salud. (2017). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal. México: CENETEC.
2. Crisis convulsivas febriles: Secretaría de Salud. (2016). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de las crisis convulsivas febriles en menores de cinco años. México: CENETEC.
3. ERGE y alergia a la proteína de la leche de vaca: Secretaría de Salud. (2018). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en lactantes y preescolares. México: CENETEC.
4. Cardiopatías congénitas: Secretaría de Salud. (2014). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de cardiopatías congénitas en el recién nacido y lactante. México: CENETEC.
5. Incompatibilidad de grupo y Rh: Secretaría de Salud. (2015). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica perinatal por incompatibilidad de grupo sanguíneo y factor Rh. México: CENETEC.