



**Nombre del alumno:**

Yessica Guzmán Sántiz

**Nombre del profesor:**

Dr. Luis Enrique Guillén Reyes

**Nombre del trabajo:**

**Mapa conceptual: enterocolitis necrotizante**

**Materia:**

Pediatría

**Grado:**

6°A

# ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (ECN)

Enfermedad inflamatoria aguda del intestino neonatal + necrosis coagulativa de pared intestinal con riesgo de perforación

RN bajo peso al nacer  
**RNPT**  
Multifactorial  
Colonización microbiota int. tardía/patológica

**RN TÉRMINO**, secundario a:  
1. Antecedente  
2. Sx Down  
3. Cardiopatía congénita  
4. Infección por rotavirus  
5. Gastrosquisis  
6. Enfermedad Hirschpurg

## EPIDEMIOLOGÍA

se encuentra

### INCIDENCIA

- 0.2-3/1,000 NV
- 5-10% en <1.5kg
- 5-22% peso <1kg
- 2-7% en RN <32SDG

### ETIOLOGÍA

isquemia  
hipercrecimiento bacteriano  
SIRS

## FACTORES DE RIESGO

como

- Prematuraz
- Sepsis
- Ventilación asistida
- Nacimiento extrahosp
- Corioamnioitis
- Tabaquismo materno
- Apgar bajo
- DG
- HT materna
- RPM

**RN que serán transfundidos:**  
ayuno

**Pentoxifilina** <FNTalfa, IL1-10  
nose recomienda como  
profiláctico

**Probióticos:** < riesgo  
no usar si ya se tiene ECN

**RN <1.5kg** neumonía cong  
USO DE INDOMETACINA, >edad  
meterna

>3 transfusiones en niños <1.5kg

Anemia severa <8mg/dl

## FACTORES PROTECTORES

como

- Lactancia materna
- Corticoides prenatales
- Neonato <34SDG  
iniciar con alimentación  
enteral

- PCR** monitorizar por el desarrollo de estenosis intestinal
- Proteínas de unión a ácidos grasos (i-FABP)** en sangre-orina  
Estadio I: >0.69ng/ml  
Estadio II: >0.76  
Estadio III: >0.84
- Espectroscopia infrarrojo**

## PATOGENIA

causa

**Isquemia de mucosas y necrosis**  
Acumulación de gas (neumatosis)  
caus peritonitis y muerte

**ILEO DISTAL Y COLON PROXIMAL**  
segmentos más afectados

**ECN TOTAL:** se extiende desde  
estómago a recto

## PRINCIPALES FACTORES DE APARICIÓN

son

- Prematuridad
- Colonización bacteriana en intestino (DISBIOSIS)
- Lactancia artificial**

## LABORATORIO

- BH** (leucopenia, trombocitopenia)
- >PCR**
- Acidosis met**
- Hiponatremia** (3er espacio abd)  
MAL PRONÓSTICO

## CUADRO CLÍNICO

se basa en

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Mala tolerancia
- Sangrado

**EXTRAINTESTINALES**  
Respiratorios  
Hemodinámicos  
Neurológicos

**CLASIFICACIÓN DE BELL**

## DIAGNÓSTICO

se basa en

**RX SIMPLE DE ABDOMEN**  
SERIADA C/6H

### Patrón de miga de pan

- presencia de asa fija
- edema de asas
- neumatosis
- neumoperitoneo (signo de perforación int)
- gas en sistema portal (enfermedad avanzada, USG)

### USG en etapas tempranas (90% esp)

- Gas en vena porta
- neumatosis intestinal
- aire libre
- adelgazamiento de pared int
- ausencia de peristalsis
- ascitis simple
- colección focal de líquido

### USG DOPPLER durante la 1ra hora de vida

- índice pulsátil alto
- > velocidad final de diástole en arteria mesentérica sup

## ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (ECN)

### TRATAMIENTO

como

#### 3 FASES

**1. Ayuno con SNG** a derivación

#### 2. Antibiótico empírico

Contra gram-, aerobios y facultativos, bacilos

Meropenem, imipenem-cilastatina  
piperacilina + tazobactam

ceftazidima o cefepime+ metronidazol

**3. Analgesia** (evaluar con escala de CONFORT >14pts)

**Morfina** 10-20mcg/kg/h

**fentanilo** 3mcg/kg/h, max. 6 dosis

**midazolam** 0.1-0.3 mg/kg/h

**No se recomienda metronidazol ni clindamicina en estadio II. NO MODIFICA LA PROGRESIÓN**

**Estadio III cubrir con metronidazol**

### RESECCIÓN

con

**Resección intestinal** en zona de perforación, necrosis o segmentos isquémicos con anastomosis con sutura de monofilamento

**Lesión focal:** resección intestinal y anastomosis Iria termino-terminal

**Lesión multifocal:** resección intestin. y anastomosis de segmento involucrado derivación intestinal proximal

**Lesión pan-intestinal:** drenaje peritoneal y valorar reintervención qx en 24-48h

**RN<1000g con ECN y perforación:** drenaje peritoneal

**RN>1000g y hemodinamicamente estable:** laparotomía (drenaje, anastomosis y resección)

### COMPLICACIONES

como

1. Estenosis intestinal (+ frecuente si afecta colón descendente)
2. Síndrome intestino corto con malabs.
3. Malnutrición y retraso pseudoestatural

### ESQUEMA DE ALIMENTACIÓN RN<1,500g

con

**Inicio:** cuando no se requieren fármacos vasoactivos con buena perfusión en 24h sin asfisia:

**1. Alimentación en bolo** durante alimentación trófica (por pequeñas porciones de leche)

**2. Tipo de leche:** calostro/de banco

### PERIODO DE ALIMENTACIÓN TRÓFICA

en

**1. ALTO RIESGO:**  
0.3ml/kg/h 3 días  
0.5ml/kg/h 3 días  
1ml/kg/h en 1 día

**2. 750-1,000g:**  
0.5ml/kg/h 3 días  
luego 1ml/kg/h 3d  
Incremento post 10ml/kg/c12h

**3. 1000-1,500g:**  
1ml/kg/h 5 días  
Incremento 15ml/kg/c11h

DURACIÓN TRÓFICA: 5-7días

### CLASIFICACIÓN DE BELL

estadio	Clínica	Rx	Manejo
<b>I-A (SOSPECHA)</b>	Letargia distermia apnea bradicardia residuo gástrico emesis Hematoquezia	Normal o ileo leve	Ayuno Antibiótico 3d evaluar sepsis descartar otra causa de íleo
<b>I-B (SOSPECHA)</b>	<b>+ sangre rectal rojo vivo</b>	Igual IA	Igual IA
<b>IIA (DEFINITIVO)</b>	<b>+ ausencia de peristalsis</b> Con/sin dolor abd	<b>Dilatación de asas</b> <b>neumatosis intestinal</b>	Ayuno Anfib x <b>7d</b> Valorar cx
<b>IIB (DEFINITIVO MODERADO)</b>	Igual IIA + Dolor definido <b>celulitis abd</b> masa en CID acidosis metabólica leve <b>trombocitopenia</b>	<b>Gas en vena porta</b> ascitis	Ayuno <b>Cultivo</b> Antib x <b>14d</b> Valorar cx
<b>IIIA (DEFINITIVO AVANZADO)</b>	<b>Hipotensión</b> bradicardia/apnea dolor marcado distensión abd <b>peritonitis</b> <b>neutropenia</b> acidosis mixta	Igual a IIB <b>+ ascitis definitiva</b> <b>Intestino intacto</b>	<b>+ resucitación</b> con líquidos <b>inotrópicos</b> ventilación paracentesis
<b>IIIB (DEFINITIVO AVANZADO)</b>	Igual a IIIA + <b>perforación intestinal</b>	Igual a IIB + <b>Neumoperitoneo</b>	Igual a IIIA + cirugía

