



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Diagramas de flujo

Alumna:

Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

“Clínica de Pediatría”

Docente:

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de noviembre de 2024.

Encefalopatía HIPÓXICO isquémica

Lesión al encéfalo --> 1 ó varios eventos de asfixia (>35 SDG)
No puede ser explicado por otra causa, la asfixia puede ocurrir antes, durante (80%) y después del nacimiento.



Recién nacido



Fases de la fisiopatología

¿Datos clínicos?

Existe
Interrupción del flujo
placentario
Alteración del intercambio
gaseoso
Déficit cerebral de sustratos

- AGUDA: ↓ flujo c. Recuperación parcial 30-60 min
- LATENTE: De 1-6 hrs se recupera el metabolismo oxidativo, cascada apoptótica
- 2RIA: 6-15 hrs. Muerte cerebral
- 3ria FI: 1 mes, remodelación

- 1) Dificultad respiratoria
- 2) Alteración del estado de consciencia
- 3) Tono y reflejos alterados

Se recomienda hacer un
USG trasfontanelar los
primeros días de vida en
px <32 SDG y <1500 gr

TX

Escala de Sarnat
Clasificación de las etapas clínicas

DX

- Identificación de factores de riesgo
- Facilitar nutrición
- Neuroprotección: O₂, sulfato de Mg, fenitoína
- Reanimación neonatal
- Anticonvulsivo si hay convulsiones (fenobarbital impregnación 15-20 mg/kg, mantenimiento 5-7 mg/kg/día c/12 hrs)

- Seguimiento hasta la edad escolar
- Dx moderada a grave: Valoración de ciru-pedia, rehabilitación, estimulación, oftalmológico, otoneuro.

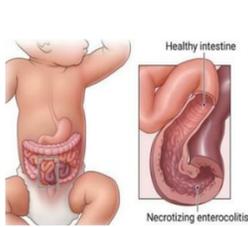
- SOSPECHA
- Eventos relacionados con hipoxia-isquemia
 - Ácidos metabólicos o mixta (pH7 sangre arterial de cordón)
 - Apgar <3 a los 5 minutos
 - Alt. neurológicas
 - **Sarnat**
 - USG craneal
 - USG doppler
 - EEG (en las 6 hrs siguientes al evento)
 - RME 21 días después

Parámetro	Etapas 1	Etapas 2	Etapas 3
Nivel de consciencia	Hiperalerta	Letárgico o obnubilado	Estuporoso
Control neuromuscular			
• Tono muscular	Normal	Hipotónico leve	Flácido
• Postura	Flexión distal leve	Flexión distal marcada	Descaración intermitente
• Reflejos extrínsecos	Hiperactivos	Hiperactivos	Disminuidos - ausentes
• Mioclonías segmentarias	Presentes	Presentes	Ausentes
Reflejos complejos			
• Sución	Débil	Débil o ausente	Ausente
• Moro	Fácil - umbral bajo	Débil - umbral alto	Ausente
• Oculocefálico			
• Fínico del cuello	Leve	Fuerte	Ausente
Función autónoma			
• Pupilas	Miosis	Miosis	Variable a meseta anisocoria con pobre reflejo a la luz
• Frecuencia cardíaca	Taquicardia	Bradicardia	Variable
• Secreciones bronquiales y saliva	Espesa	Profusas	Variable
• Mucosidad gastrointestinal	Normal o deprimida	Incrementada (diarrea)	Variable
Convulsiones	No	Comunes: Focales o multifocales	Infrecuentes (excluye descaración)
RAINBOW		• Temprano: delta y teta continua de bajo voltaje	• Temprano: patrón periódico con fases isopotenciales
• Electrocardiograma	Normal (despierto)	• Más tarde: patrón periódico (despierto)	• Más tarde: totalmente isopotencial
• Convulsiones: focal 1-10] 4-Hz espiga-yonda			
Duración	Menos de 24 horas	2-14 días	Horas o semanas

ENTEROCOLITIS

NECROSANTE

Inflamación con necrosis coagulativa por isquemia a nivel intestinal (edema de mucosas y colonización de la pared) con riesgo de perforación



Recién nacido

Edad 2-3 SDV

¿Factores de riesgo?
Prematuro
Hipoxia
<1500 gr entre las 32-34 SDG
PROTECTOR: Lactancia

¿Presenta manifestaciones clínicas?

(SON ACORDE A SU ETAPA)

Precoces:

- Distensión abdominal
- Intolerancia a la alimentación
- Vómitos
- Hemorragia rectal y diarrea

Progresión:

- Distensión abdominal marcada
- Ascitis
- Letargo
- Vómitos biliosos
- Apnea o bradicardia

Perforación:

- Abdomen azulado
- Leucopenia
- Trombocitopenia
- Trast. metab.
- Desequilibrio electrolítico

Perforación:
QX: Inicial=drenaje peritoneal en RN <1kg
LAPE con resección y anastomosis RN >1kg

DX

- RX: Neumatosis (asas intestinales, elevación del diafragma)
- Guayaco (sangre oculta en heces)
- Útil: Hemocultivo

Principales áreas afectadas
Íleon distal y colon proximal

Multifactorial

E. Coli
Klepsiella
Clostridium p.
S. Epidermis

¿HALLAZGOS?

Clasificación de Bell modificada
Acorde a clínica y signos radiográficos

TX

Generales:
Ayuno, no alimentación enteral, líquidos y ATB (Ampicilina + amikacina) - BIII + Metronidazol o clindamicina

Valoración QX

IIA= Ayuno +ATB por 3 días
IIB= Ayuno +ATB por 7-10 días
IIIB= Ayuno +ATB por 14 días
IIIA= Ayuno +ATB + ventilación
IIIB: Ayuno +ATB + QX

ESCALA DE BELL MODIFICADA				
ESTADIO	CLASIFICACIÓN	SIGNOS		
		CLÍNICOS	ABDOMINALES	RADIOGRÁFICOS
I	A SOSPECHA	• Inestabilidad térmica • Apnea • Bradicardia • Retardo	• Distensión abdominal • Retención gástrica • Vómitos • Sangre oculta en heces	• Estado normal o leve dilatación de las asas • Íleo leve
	B SOSPECHA	• Mismos signos que IA*	• Hematoquecia	• Mismos signos que IA*
II	A CONFIRMADA (LEVE)	• Mismos signos que I*	• Mismos signos que I* • Ausencia de ruidos intestinales • Cólico dolor en la palpación	• Distensión de las asas • Íleo • Neumatosis intestinal
	B CONFIRMADA (MODERADA)	• Mismos signos que IA* • Acidosis metabólica • Trombocitopenia	• Mismos signos que IA* • Acidosis metabólica • Trombocitopenia	• Mismos signos que IA* • Ascitis temprana
III	A AVANZADA (SEVERA) CON PRESERVACIÓN DE INTESTINO	• Mismos signos que IB* • Hipotensión • Bradicardia • Apnea grave • CD • Acidosis mixta • Neutropenia	• Mismos signos que IB* • Signos de peritonitis • Distensión abdominal • CD en la palpación marcada	• Mismos signos que IB* • Ascitis prominente
	B AVANZADA (SEVERA) CON INTESTINO REPERFORADO	• Mismos signos que IIA*	• Mismos signos que IIA* • Acidosis metabólica	• Mismos signos que IIA* • Neumoperitoneo