



CLINICA DE PEDIATRIA

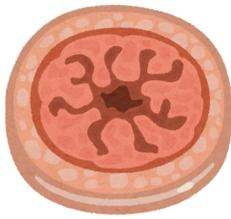
(Diagramas de flujo)



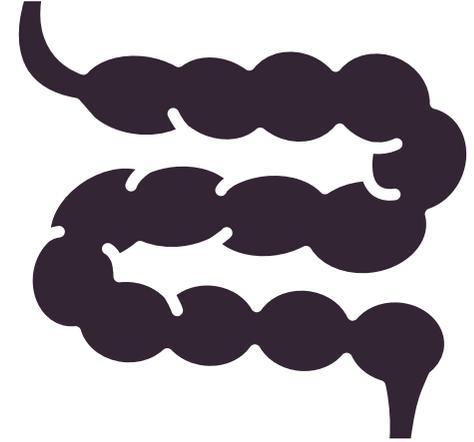
DR. MIGUEL DE JESUS GARCIA CASTILLO

Jorge Alberto Hilerio Gonzalez

Grado 7ro Grupo: A



ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE



es una enfermedad adquirida que afecta sobre todo a recién nacidos pretérmino o enfermos, caracterizada por necrosis de la mucosa o, incluso, de capas más profundas del intestino.

- Factor de riesgo:** Prematurez
Factores desencadenantes:
- Alimentación enteral
 - Formula
 - Transfusiones
 - Eventos isquémicos
 - Evento hipovolémico (shock)

- Emergencia gastrointestinal más común y grave del RN.
- Patogénesis es compleja y multifactorial

CLINICA

- Se presenta en la 2da y 3ra semana de vida
- Distensión abdominal -dolor -sangrado -vómito**
- A la auscultación: íleo paralizado (peristalsis ausente)
- A la percusión: Timpanismo

DIAGNOSTICO

CLASIFICACION POR ESTADIO DE BELL

- Radiografía abdominal: Identificación de aire en la cavidad portal (signo de neumatosis intestinal), dilatación de asas intestinales.
- Ecografía abdominal: Evaluación adicional de la perfusión intestinal.
- Pruebas de laboratorio: Hemograma, gases sanguíneos, cultivos para infecciones, PCR, Gasometría.

Evaluación de la gravedad

- Leve (No perforación, neumatosis intestinal): Manejo conservador.
- Moderada (Neumoperitoneo o perforación menor): Considerar cirugía si hay deterioro.
- Severa (Sepsis, shock, perforación mayor): Urgente intervención quirúrgica.

Manejo conservador (en casos leves/moderados)

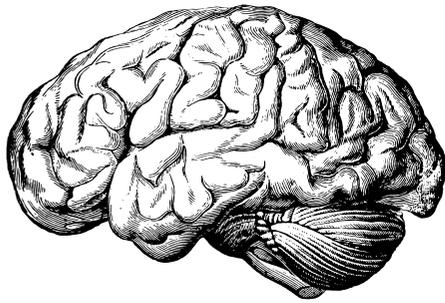
- Antibióticos ajustados según cultivos.
- Monitoreo de la función intestinal.
- Soporte nutricional: Continuación de nutrición parenteral y posterior reintroducción de la alimentación enteral.
- Radiografías de control: Para observar la evolución de la neumatosis intestinal.

Intervención quirúrgica (en casos graves)

- Resección de intestino afectado: Si hay perforación intestinal o necrosis extensa.
- Evaluación postoperatoria: Seguimiento en unidad de cuidados intensivos neonatales.

Seguimiento

- Control de complicaciones: Hidratación, manejo de sepsis, seguimiento de la función intestinal.
- Rehabilitación nutricional: Reintroducción progresiva de la alimentación oral.



ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA



La encefalopatía hipóxica se caracteriza por una falta de oxígeno en el cerebro

Detección de signos clínicos: Búsqueda de síntomas como hipotonía, dificultad respiratoria, acidosis metabólica, convulsiones, y alteración del estado de alerta.

Evaluación de gasometría arterial y APGAR: Si se presentan niveles de acidosis o un APGAR bajo, se considera probable una EHI.

Hay datos de EHI.
SI

Clasificación de EHI.
determinación de la severidad en leve, moderada o grave.

Tratamiento según grado:

Leve: Cuidados de apoyo y monitoreo.

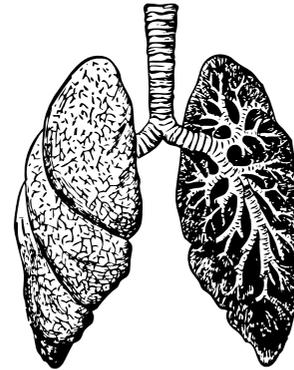
• **Moderado:** Evaluación neurológica y posible terapia hipotérmica.

• **Grave:** Intervención en UCI neonatal con soporte respiratorio y tratamiento para estabilizar al paciente.

• **Evaluación y seguimiento neurológico:** Evaluación continua para valorar el estado del neonato a largo plazo..

AUCENCIA DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA

Protocolo de cuidados neonatales



SEPSIS NEONATAL

Factores de riesgo maternos

Roptura de membranas prolongado

Bacteriuria o ITU no tratada durante 3er trimestre

controles prenatales incompletos

Colonizacion de SGB

Infeccion intraparto

Factores de riesgo del neonato

Prematurez bajo peso al nacer

malformaciones

Asfisia neonatal

Genero masculino

aumento de riesgo de infeccion al feto

transmicion vertical de la bacteria desde el tracto genital inferior al utero

contaminacion del liquido amniotico

transmicion vertical de la bacteria desde el tracto genital inferior al utero

BACTEREMIA FETAL

PRECOZ

PRESENTACION DE 0 A 7 DVEU
TRANSMISION VERTICAL

AGENTES MAS FRECUENTES:
ESTREPTOCOCCUS DEL GRUPO B
E. COLI
LISTERIA MONOSITOGENA

TRATAMIENTO
Ampicilina +
aminoglicosidos(amikacina/gentamicina)



CLINICA:

alteracion de la temperatura, alteracion de glicemia, dificultad respiratoria, intolerancia enteral, llenado capilar aumentado, piel reticular, petequias, equimosis, diarrea, equimosis, melena

DIAGNOSTICO:

Hemocultivo (GOLD S.), Hemograma, PCR >10 mg/L, Procalcitonina >8ng/L, recuento plaquetario, relacion cayados inmaduros / maduros >0.2

INTRODUCCION DIRECTA DE LA BACTERIA AL TORRENTE SANGUINEO DEL NEONATO

TARDIA

PRESENTACION DE 7 A 60 DVEU
TRANSMISION HORIZONTAL

AGENTES MAS FRECUENTES:
Sthapylococcus Epidermidis
S. AUREUS, Sthafilococo cuagulasa
serriata, Candida albicans

TRATAMIENTO
VANCOMICINA
Sospecha pseudomona: cefepime/ ceftazidina
-Dicloxacilina
-Imipenem

BIBLIOGRAFIA

-SEMIOLOGÍA, EXAMEN FÍSICO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS

<https://www.cemic.edu.ar/descargas/repositorio/Repo-Semiologia-Pediatria.pdf>

-PEDIATRIA (2022) Libro CTO de cirugia y medicina, 6ta edicion

-Guias de Practica Clinica (GPC) (2024)



GRACIAS.

