



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Miguel de Jesús García Catillo

Nombre del trabajo: Diagramas de flujo

Materia: Clínica de pediatría POR EDUCAR

Grado: 7mo

Grupo: A

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

ENTEROCOLITIS NECROSANTE

La infección, en algunas ocasiones, ha estado considerada como factor inductor

Etiología incierta

Se trata de un proceso inflamatorio intestinal agudo que se produce primordialmente en neonatos con bajo peso al nacer

Caracterizado por necrosis isquémica de la mucosa gastrointestinal

Que puede producir perforación intestinal y peritonitis

Diagnóstico / Clasificación (Bell)

Estadio 1

1A..Sospecha

Letargia
Distermia
Apnea
Bradicardia
Residuo gástrico
Emesis
Sangre oculta en heces
Rx normal o fleo leve

1B..Sospecha

Clínica igual a 1A +
Sangre rectal al rojo vivo

Tratamiento

Ayuno
Cultivos
Antibióticos por 3 días



Estadio 2

2A. Definida

Igual a 1 + →
Ausencia de peristasis
Con o sin dolor abdominal
Rx con dilatación de asas
Neumatosis intestinal

Tratamiento

Ayuno
Cultivos
Antibióticos por 7 a 10 días
Valoración por Cirujano Peditra

2B. Definida

Igual a 2A + →
Dolor definido
Celulitis abdominal
Masas en cuadrante inferior izquierdo
Acidosis metabólica
Trombocitopenia
Rx con gas en vena porta y ascitis

Tratamiento

Ayuno
Cultivos Antibióticos por 14 días
Manejo de Acidosis metabólica con bicarbonato
Valoración por Cirujano Peditra

Estadio 3

3A. Avanzada

Hipotensión
Bradicardia
Apnea
Dolor marcado
Distensión abdominal
Peritonitis
Neutropenia
Acidosis respiratoria y metabólica
CID
Radiografía igual a 2B

Tratamiento

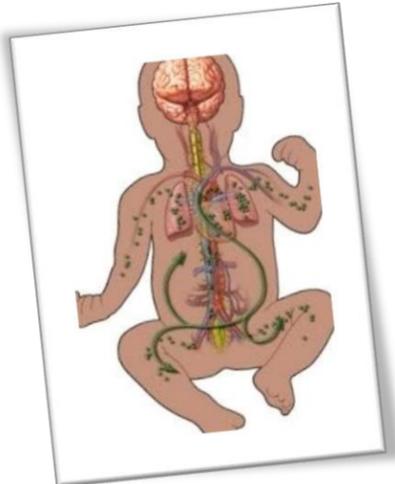
Igual a 2B +
Resucitación con líquidos
Soporte inotrópico
Asistencia respiratoria
Valoración por Cirujano Peditra Paracentesis

3B. Avanzada

Perforación intestinal
Igual a 3ª
Rx igual a 2B +
neumoperitoneo

Tratamiento

Igual a 3A + cirugía



SEPSIS NEONATAL

Se trata de un síndrome clínico del neonato, caracterizado por signos sistémicos secundarios al aislamiento de un patógeno en el torrente sanguíneo

Adquirida por contaminación vertical

Agentes etiológicos principales
St. Agalactiae / E. coli / H. Influenzae

Sepsis neonatal temprana
De 0-7 DVEU

Sepsis neonatal temprana
De 8-60 DVEU

Adquirida por contaminación horizontal

Agentes etiológicos principales
St. Epidermidis / St. Aureus



Diagnóstico
Hemocultivo
BH
Procalcitonina
PCR
Gasometría
Clínica



Tratamiento no farmacológico
Monitorización
Ayuno
Sonda
Lavado de manos

Tratamiento inicial con líquidos:
Bolos de 10ml/kg/dosis para 15 minutos (máximo 4 bolos)

Si cae en choque séptico al no responder a líquidos:
Iniciar Dobutamina como 1era elección o 2da Epinefrina

Antibioticoterapia empírica
Ampicilina + Gentamicina o Amikacina

Agregar Cefepime si se aíslan pseudomonas

Agregar dicloxacilina si se aíslan estafilococos

Agregar vancomicina en caso de asilas SARM

ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICO

Considerar asfixia perinatal con:
pH de sangre de cordón umbilical <7
Apgar de 0-3 por más de 5 minutos
Alteraciones neurológicas dentro de las 72 horas post nacimiento y/o lesión en otros órganos

Se trata de la lesión producida en el encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en el RN con edad gestacional igual o más a 35 SDG, la cual no puede ser explicada por otra causa

5% se presenta antes del trabajo de parto

85% se presenta durante el trabajo de parto

10% se presenta después del trabajo de parto

Diagnóstico
Criterios de asfixia perinatal +
Clínica +
USG transfontanelar en las primeras 24 horas o
Electroencefalograma multicanal dentro de las primeras 24 horas de vida

Tratamiento
Anticonvulsivantes → 1ra → Fenobarbital impregnación a 20-40mg/kg/dosis y mantenimiento 5-7mg/kg/dosis
Neuroprotección → Hipotermia terapéutica iniciándose en las primeras 6 horas de vida y mantener por 72 horas
Sedación y analgesia
Seguimiento por pediatría y si es necesario neurología pediátrica

