



Universidad del Sureste  
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas  
Licenciatura en Medicina Humana



# Diagrama de Flujo

PASIÓN POR EDUCAR

**Angelica Gonzalez Cantinca**

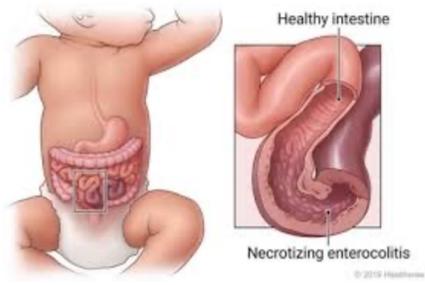
**Séptimo Semestre**

**Grupo B**

**Pediatría**

**Dr. Miguel García**

# ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE



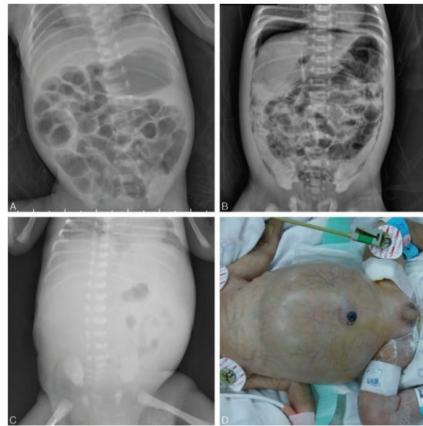
Enfermedad inflamatoria intestinal aguda en neonatos

Necrosis coagulativa de la pared intestinal y riesgo de perforación.

Íleon distal y colon proximal

Más frecuente y más grave

Mortalidad 20-40%



**Etiología**  
Multifactorial  
Isquemia  
Colonización de microbiota tardía  
SRIS

**Factores de riesgo**  
Prematuridad  
Bajo peso al nacer  
Ventilación asistida o hipoxia

¿Clínica?

No

**Prevención**  
Alimentación antes del 4to día en <32SDG  
Ordeñar cordón en <32SDG  
Lactancia Materna

Si

2da y 3ra semana de vida  
Intolerancia vía oral  
Distensión abdominal  
Dolor  
Sangrado  
Síntomas sistémicos

**Clasificación de BELL**

1-A: Sospecha. Fiebre, apnea y bradicardia. Rx ileo  
1-B: Sospecha. Lo anterior más sangre rectal. Rx ileo  
2-A: Definitiva. Lo anterior más ausencia de peristalsis, con o sin dolor. Rx dilatación de asas, neumatosis.  
2-B: Definitiva, moderado. Igual a lo anterior más acidosis y trombocitopenia. Rx Neumatosis  
3-A: Avanzada. Todo lo anterior más Hipotensión más CID. Rx Ascitis  
3-B: Avanzada, perforación intestinal. Todo lo anterior. Rx neumoperitoneo

**Diagnóstico**  
Clínica  
USG  
Radiografía de abdomen

**Tratamiento**  
Ayuno  
Antibiótico  
Valoración por pediatría y cirugía

¿Complicaciones?

No

Si

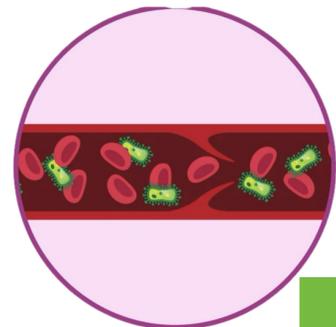
Perforación

**Tratamiento**

Peso <1000g drenaje peritoral  
Peso >1000g LAPE con resección y anastomosis

## ESCALA DE BELL MODIFICADA

| ESTADIO | CLASIFICACIÓN   | SIGNOS   |   |   |
|---------|---|--|---|---|
|         |   | CLÍNICOS   | ABDOMINALES   | RADIOGRÁFICOS   |
| I       | A<br>SOSPECHA   | • Inestabilidad térmica<br>• Apnea<br>• Bradicardia<br>• Letargo | • Distensión abdominal<br>• Retención gástrica<br>• Vómitos<br>• Sangre oculta en heces | • Estado normal o leve dilatación de las asas intestinales<br>• Ileo leve |
|         | B<br>SOSPECHA   | • Mismos signos que IA *   | • Hematoquecia  | • Mismos signos que IA *  |
| II      | A<br>CONFIRMADA (LEVE)                                | • Mismos signos que I *  | • Mismos signos que I *   | • Dilatación de las asas ileo<br>• Neumatosis intestinal                  |
|         | B<br>CONFIRMADA (MODERADA)                            | • Mismos signos que IA *   | • Mismos signos que IA *  | • Mismos signos que IA *  |
| III     | A<br>AVANZADA (SEVERA), CON PRESERVACIÓN DE INTESTINO | • Mismos signos que IB *   | • Mismos signos que IB *  | • Mismos signos que IB *  |
|         | B<br>AVANZADA (SEVERA) CON INTESTINO PERFORADO        | • Mismos signos que IA *   | • Mismos signos que IA *  | • Mismos signos que IA *  |



# SEPSIS NEONATAL

Síndrome clínico en recién nacido de 28 días o menos

Signos sistémicos de infección  
Aislamiento de patógeno bacteriano en torrente sanguíneo

Mortalidad 11-19%

¿Clínica?

No

Si

**PROFILAXIS**  
Blactaico en caso de cultivo más flora rectovaginal a la madre

Dificultad de alimentación  
Convulsiones  
Temperatura axilar  $\geq 37.5$  o  $\leq 35.5$  C  
Cambio en nivel de actividad  
Dificultad respiratoria

**DIAGNÓSTICO**  
Hemocultivo  
Procalcitonina  $>5\text{ng/L}$   
PCR  $>10\text{mg/L}$   
Relación cayados maduros e inmaduros  $>0.2$

**MEDIDAS GENERALES**  
UCIN  
Monitorización vitales  
Ayuno o sonda a gravedad  
Apoyo nutricional  
Lavado de manos antes y después

**TRATAMIENTO**  
Ampicilina más gentamicina o amikacina



¿Infección durante 0-7 días?

Si

Precoz 0-7 días

Transmisión vertical (materno-fetal)

Mayor mortalidad

**ETIOLOGÍA**  
Streptococcus agalactiae  
Enterococos

Colonización materna SGB  
Rotura prematura de membranas  
Prematuridad  
Corioamnionitis  
Infección del tracto urinario  
Fiebre materna intraparto

FC  $<100$  o  $>180$  lpm  
FR  $>50$   
Temp  $<36$  o  $38$   
Leucocitos  $>34000$   
Cayados  $>10\%$

**TRATAMIENTO**  
Pseudo: Cefepime o ceftazidima  
Staph: agregar diclofenaco  
SARM: agregar vancomicina

No

Tardía 8-28 días

Transmisión horizontal (nosocomial)

**ETIOLOGÍA**  
Gram +: Staphylococcus epidermis  
Gram -: E. Coli, pseudomonas

Vías centrales.  
Intubación endotraqueal/  
ventilación mecánica  
Prematuridad  
Patología gastrointestinal  
Ranitidina/inhibidores

FC  $<100$  o  $>180$  lpm  
FR  $>40$   
Temp  $<36$  o  $38.5$   
Leucocitos  $>19500$  o  $<5000$   
Cayados  $>10\%$



# ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA

Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con  $\geq 35$  SDG

Asfixia durante, antes y después del nacimiento

85% durante el parto

60% muerte

¿Presenta asfixia?

No

Valoración neonatal

Si

Interrupción del flujo planetario

Alteración de intercambio gaseoso

Déficit cerebral de sustratos y O<sub>2</sub>

Lesión cerebral

¿Clínica?

No

Identificar pacientes con alto riesgo

Si

Dificultad respiratoria  
Alteración del estado de conciencia (convulsiones)  
Tono y reflejos alterados

## DIAGNÓSTICO

Clínica Sospecha (apgar  $\leq 3$  a los 5 minutos)  
Ultrasonografía  
Electroencefalograma  
Resonancia Magnética

## TRATAMIENTO

Facilitar percusión y nutrición  
Neuroprotección

Hipotermia encefálica  
Sedación y analgesia  
Medicamentos  
Anticonvulsivos

### Fase aguda

Disminución de flujo sanguíneo cerebral  
excitotoxicidad

Recuperación parcial 30-60min

### Fase latente

Se recupera el metabolismo oxidativo, se produce inflamación y cascada apoptótica continua

Dura 1-6 hrs

### Fase secundaria

Muerte celular y deterioro clínico

Dura 6-15 hrs

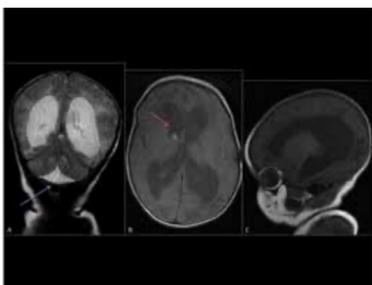
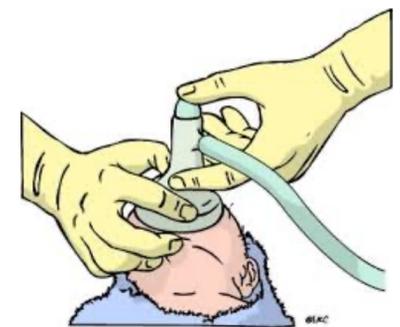
### Tercera fase

Remodelación y astrogliosis

1 mes posterior a lesión



Ventilación y compresiones torácicas en el recién nacido



## Bibliografía

Manual CTO de medicina y cirugía. Pediatría. 5ta edición ENARM