



Mi Universidad

Alumna: Lourdes del Carmen

Arcos Calvo

Trabajo: Diagrama de flujo

Parcial: Tercer parcial

Materia: Clínica de pediatría

catedrático: Dr. Miguel de Jesús

García Castillo

Licenciatura: Medicina humana

Grado: 7mo semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas,

12 de Noviembre del 2024

ENTEROCOLITIS NECROSANTE

Enf. inflamatoria aguda grave y letal del tracto gastrointestinal

ETIOLOGÍA

No esta bien definida
Multifactorial

- 1.- Hipoxia e isquemia

FACTORES DE RIESGO

- Prematuridad <1500g
- Apgar bajo a los 5min
- Ventilacion mecanica
- Alimentacion de formula

Recien nacido

- Indometacina
- Corticoides
- Uso de antibióticos >5dias

Fármacos

- VIH+
- Corioamnionitis
- Consumo de drogas

Madre

Forma clásica

- Intolerancia a la vía oral
- Distención abdominal
- Dolor con equimosis
- Sangrado
- Timpanismo a la exploración

Forma fulminante

- Inicio brusco
- Sangrado profuso
- Cuadro de coagulación intravascular diseminada
- Shock refractario

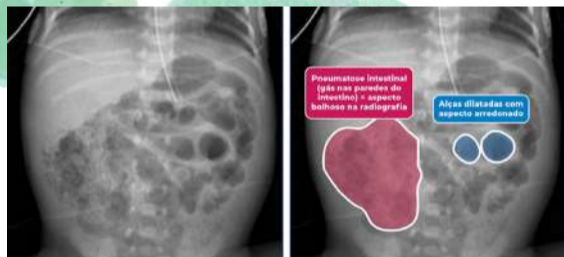
DIAGNOSTICO

1.-Radiografía AP y lateral de abdomen en decúbito supino o lateral izquierdo

Signos radiologicos

Neumatosis

Neumoperitoneo



1.-Ecografía doppler

importante para saber si se requiere cirugía

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

- Ayuno 7 días etapa II y 14 días etapa III
- Soporte respiratorio
- Balance de líquidos
- soporte cardiovascular (Dopamina 2-3mcg/kg/m)

Tratamiento quirúrgico

- Laparotomia exploratoria
- Drenaje peritoneal primario

- Ampicilina y amakicina por 10 a 14 dias
- Vancomicina en sospecha de de sepsis coagulasa negativa estafilococos /MRSA

SEPSIS NEONATAL

Situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus que se manifiesta en los primeros 28 días

ETIOLOGÍA

- 1.- Streptococcus agalactiae
2. S. epidermis
- 3.- E.coli

FACTORES DE RIESGO

- parto prematuro
- corioamnionitis
- alimentación intravenosa

- Shunts de LCR
- intubación endotraqueal
- hospitalización prolongada

CLASIFICACION

Sepsis de transmisión Vertical	Son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno y contaminan al feto por vía ascendente (progresando por el canal del parto hasta alcanzar el líquido amniótico) o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto.
Sepsis de transmisión nosocomial	Son producidas por microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología (preferentemente en las UCIN neonatales) y que colonizan al niño a través del personal sanitario (manos contaminadas) y/o por el material de diagnóstico y/o tratamiento contaminado (termómetros, fonendoscopios, sondas, catéteres, electrodos, etc.).
Sepsis comunitarias	Son muy infrecuentes y habitualmente aparecen asociadas a otra infección localizada, como neumonía, infección urinaria o meningitis.

Forma inicial

- fiebre/ hipotermia
- dificultad para alimentación
- apatía
- taquicardia inexplicable

fase de estado

- clínica inicial
- rechazo de tomas
- vómitos/diarrea
- apatía/irritabilidad
- taquipnea

fase tardía

- palidez/ cianosis/moteado
- ictericia
- hepatoesplenomegalia
- palidez
- hemorragias/ hipotensión

DIAGNOSTICO

1.- Gold standar:
Hemocultivo

positivo

a agentes como:

S. Epidermidis
Enterococcus
S. aureus
S. viridans

GRAM POSITIVOS

E. coli
Klebsiella
Pseudomonas
Enterobacter
Serratia

GRAM NEGATIVO

Candida spp

HONGOS

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

SEPSIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL	
Pauta	Iniciar tratamiento ante la sospecha de sepsis vertical (terapéutica empírica) con Ampicilina y Gentamicina. Si se sospecha la existencia de meningitis asociada, se iniciará el tratamiento con Ampicilina y Cefotaxima. Una vez confirmada la sepsis con el hemocultivo, el tratamiento antibiótico se debe fundamentar en el antibiograma.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis sin infección local: ≥ 10 días. • Meningitis asociada: 14 días. <p>NOTA: La Asociación Española de Pediatría recomienda que este tiempo podría acortarse basándose en la monitorización seriada de la PCR, de manera que podrían suspenderse los antibióticos cuando se obtienen dos valores normales (< 10 mg/L) separados al menos 48 horas.</p>

HONGOS

Anfotericina B

ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA

Conjunto de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras o convulsiones

ETIOLOGÍA

Situaciones que impliquen privación de oxígeno al cerebro

FACTORES DE RIESGO

- Desprendimiento de placenta
- Ruptura uterina
- Ruptura uterina
- Prolapso de cordón
- hemorragia feto-materna

CRITERIOS ESENCIALES DE

1	Acidosis metabólica intraparto (pH < 7,00 y DB ≥ 12 mmol/L).
2	Inicio precoz de encefalopatía neonatal moderada o severa (ver más adelante).
3	Parálisis cerebral; cuadriplejía espástica o parálisis cerebral discinética.
Criterios no específicos pero que tomados conjuntamente sugieren un evento perinatal	
4	Evento centinela que ocurre inmediatamente antes o durante el parto (ej. desprendimiento de placenta).
5	Deterioro súbito o sostenido de la frecuencia cardíaca fetal, generalmente tras el evento centinela.
6	Puntuación de Apgar entre 0-6 después de los 5 minutos de vida.
7	Evidencia de disfunción multiorgánica precoz.
8	Evidencia de alteración cerebral aguda mediante técnicas de neuroimagen.

LEVE

Moderada

Grave

Severidad	Manifestaciones clínicas	
LEVE	A < 3 días	B > 3 días
Capacidad para despertar	Hipotonía global, > distribución proximal superior	
Tono muscular	Normales o ligeramente disminuidas	
Respuestas motoras	Normal o hiperexcitabilidad: ROT aumentados, tremor y/o mioclonus	
Reactividad		

MODERADA	A	B
Capacidad para despertar	Letargia o estupor moderado	Convulsiones aisladas o repetitivas
Tono muscular	Hipotonía global, > distribución proximal superior	
Respuestas motoras	Disminuidas pero de calidad normal	
Reactividad	ROT disminuidos, reflejos primitivos débiles	

SEVERA	A	B
Capacidad para despertar	Coma o estupor severo	Signos disfunción del tallo
Tono muscular	Hipotonía global	
Respuestas motoras	Ausentes o estereotipadas	
Reactividad	Convulsiones o estado epiléptico	
	Reflejos primitivos ausentes	

DIAGNOSTICO

Electroencefalograma integrado por amplitud

en las primeras 6hrs

USC
RM
LCR

presencia de proteúinas CK--BB, S-1000 Y IL-6

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

1	Aportar cuidados de soporte general: Mantener una oxigenación y ventilación adecuadas, mantener la tensión arterial en rango normal, evitar la sobrecarga de líquidos, tratar las alteraciones metabólicas y la afectación multisistémica, y mantener unas cifras de glucemia entre 75 y 100 mg/dl.
2	Monitorizar temperatura evitando la hipertermia.
3	Tratamiento de las crisis convulsivas. Los RN deberían ser monitorizados de forma continua y las crisis tratadas enérgicamente, incluso aquellas sin correlato clínico. Sin embargo, el uso profiláctico de fenobarbital no está recomendado.