



Diagramas

Joseph Eduardo Córdova Ramirez

7 semestre Grupo C

3er parcial

Clínica de Pediatría

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Diagrama de flujo

12 de noviembre del 2024 Comitan de Domínguez

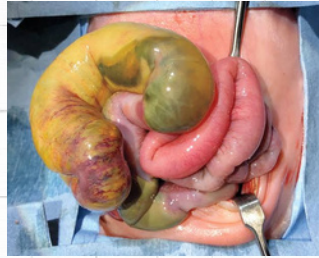
ENTEROCOLITIS NECROSANTE

CARACTERIZADA POR:

- Necrosis coagulativa de la pared intestinal y riesgo de perforación

AFECTA

- Íleon Distal y Colón Proximal



Se define como una enfermedad inflamatoria intestinal aguda en Neonatos

CLINICA

- Intolerancia vía oral
- Distensión abdominal
- Dolor
- Sangrado

CLASIFICACION DE BELL

ESTADIO 1

1-A. Sospecha: Letargia - Distermia - Apnea - Bradicardia - Residuo gástrico - Emesis.

1-B. Sospecha igual a 1-A mas: Sangre oculta en heces
Rx: normal o ileo leve

Ayuno y antibióticos por 3 días: Evaluación completa de Sepsis
Descartar otras causas de ileo.

ESTADIO 2

2-A Definida igual 1 más: Ausencia de peristalsis con o sin dolor abdominal
Rx dilatación de asas, neumatosis intestinal.

Tratamiento: Ayuno - Cultivos - Antibióticos por 7-10 días y valoración por cirujano pediatra.

ETIOLOGIA Y ETIOPATOGENIA

La Etiología puede ser desconocida (Multifactorial)

- Mencionan que puede ser debido a:
- isquemia
- Colonización de microbiota tardía
- SRIS

EPIDEMIOLOGIA

Patología digestiva neonatal adquirida más frecuente y grave
• Mortalidad 20-40%

FACTORES DE RIESGO

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Ventilación asistida o hipoxia

¿MEJORIA?

No

ESTADIO 3

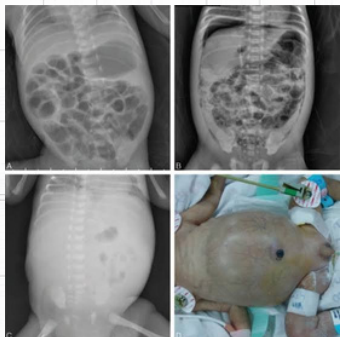
3-B Avanzada, perforación intestinal igual a 3-A
Rx: igual a 2-B más neumoperitoneo

Cirugia

Curación

Controles

Todo paciente con enterocolitis requiere valoración por cirujano pediatra y tx en UCIN



SEPSIS NEONATAL



TIPOS

Sepsis precoz: (0-7 días)
Transmisión vertical (> mortalidad)

Sepsis tardía: (8-60 días)
Transmisión Horizontal



SEPSIS NEONATAL

Síndrome clínico en RN de 28 días o menos caracterizado por signos sistémicos de infección y aislamiento de un patógeno bacteriano en el torrente sanguíneo

FACTORES DE RIESGO

- Sepsis precoz: Colonización materna por SGB - Corioamnionitis - Prematurez - Fiebre materna intraparto - Rotura prematura de membranas
- Sepsis tardía: Vías centrales - Prematurez - Inhibidor de la bomba de protones - Ventilación mecánica



ETIOLOGIA

- Vertical: Streptococcus agalactiae (SGB) - E Coli - Haemophilus influenzae.
- Horizontal: (Gampositivo): Staphylococcus epidermidis - Streptococcus agalactiae.

CLINICA

- Dificultad de alimentación
- Convulsiones
- Dificultad respiratoria

TRATAMIENTO

Antibiótico empírico
• Ampi + Genta/Amika

¿Pseudomonas? → Si

Agregar cefepime - ceftazidima

PRONOSTICO

Hay cultivo positivo?

Si

Si

¿Cultivo negativo y PCR bajo?

A las 72 hrs suspender ATB

Continuar tratamiento 10 días

DIAGNOSTICO

Variable	0-7 días de edad	8-30 días de edad
FC (lat/ min)	< 100 o > 180	< 100 o > 180
FR (resp/ min)	> 50	> 40
T (°C)	< 36 o > 38	< 36 o 38,5
Leucocitos (cél/ mm ³)	> 34.000	> 19.500 o < 5.000
Cayados	> 10%	> 10%

Tabla 12. Criterios diagnósticos de sepsis neonatal

Cultivo (A fuerzas)

Ayuda.

- Procalcitonina > 5 Ng/L
- PCR > 10 mg/L

¿Hay clínica?

No

Si

Realizar Punción Lumbar

ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA



ASFIXIA

Puede ocurrir antes, durante y después del nacimiento.



Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional mayor o igual a 35 semanas

CLINICA

- Dificultad respiratoria
- Alteración del estado de consciencia (Convulsiones)
- Tono y reflejos alterados

FISIOPATOLOGIA



- Interrupción del flujo placentario
- Alteración del intercambio gaseoso
- Déficit cerebral de sustratos y O₂
- Lesión cerebral perinatal

FASES

Aguda: Disminución del flujo sanguíneo cerebral (Puede haber una recuperación parcial 30-60 min.)

Latente: Puede durar 1-6 hrs, se recupera el metabolismo oxidativo e inflamación

Secundaria: 6-15 hrs, muerte celular y deterioro clínico

Tercera: 1 mes posterior a lesión, remodelación y astrogliosis

TRATAMIENTO

- Identificar pacientes con alto riesgo
- Facilitar perfusión y nutrición

MODERADO/GRAVE

- Neuroprotección: Hipotermia encefálica (Iniciar las primeras 6 horas de vida y mantenerla por 72 hrs)

Iniciar con anticonvulsivante:

- Fenobarbital 20-40 mg/kg - mantenimiento: 5-7 mg/kg/día cada 24 hrs.

¿Presencia de crisis convulsiva?

Si

No

Vigilancia

DIAGNOSTICO

Clínico

Sospecha:

- uno o varios eventos relacionados con hipoxia
- Acidosis en muestra de sangre de cordón

Ultrasonografía Craneal

Cuadro # 2. Clasificación de Sarnat de los estadios clínicos de la EHI

	Grado I (leve)	Grado II (moderada)	Grado III (severa)
Nivel de consciencia	Hiperalerta e irritable	Letargia	Estupor o coma
Tono muscular	Normal	Hipotonía	Flacidez
Postura	Ligera flexión distal	Fuerte flexión distal	Descerebración
Reflejo de Moro	Hiperreactivo	Débil, incompleto	Ausente
Reflejo succión	Débil	Débil o ausente	Ausente
Función autonómica	Simpática	Parasimpática	Disminuida
Pupilas	Midriasis	Miosis	Posición media
Convulsiones	Ausentes	Frecuentes	Raras
EEG	Normal	Alterado	Anormal
Duración	≤ 24 horas	De 2 a 14 días	Horas a semana

Bibliografías

- **Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, GPC**
- **Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Sepsis Neonatal, GCP Actualización 2019**
- **Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica , GPC Actualización 2017**