



Mi Universidad

DIAGRAMAS

Bryan Reyes González.

Diagramas.

Tercer parcial.

Clínica pediátrica.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 8 de Noviembre del 2024.

ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUEMICA

DEFINICIÓN

Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfisia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional ≥ 35 semanas, la cual, no puede ser explicada por otra causa.



ETIOLOGIA

Desprendimiento de la placenta, prolapso del cordón umbilical y rotura uterina



Rn de término con alteraciones neurológicas de:

- + Estado de alerta
- + Tono muscular
- + Respuestas motoras
- Reactividad
- + Convulsiones

DIAGNOSTICO FACTORES DE RIESGO

- Uno o varios eventos relacionados con hipoxia – isquemia perinatal
- Acidosis en muestra de sangre de cordón
- Apgar ≤ 3 a los 5 minutos
- Alteraciones en la exploración neurológica principalmente en el tono muscular y estado de alerta
- Afectación en otros órganos o sistemas

EXPLORACION NEUROLOGICA

- Estado de alerta
- Tono muscular
- Respuestas motoras
- Reactividad



CUADRO CLINICO

- Uno o varios eventos relacionados con hipoxia – isquemia perinatal
- Acidosis en muestra de sangre de cordón
- Apgar ≤ 3 a los 5 minutos
- Alteraciones en la exploración neurológica principalmente en el tono muscular y estado de alerta
- Afectación en otros órganos o sistemas

DIAGNOSTICO

- Ultrasonido craneal
- Doppler
- Ultrasonografía craneal
- Electroencefalograma de amplitud integrada
- Resonancia magnética
- Biomarcadores (no uso rutinario)



TRATAMIENTO

- Hipotermia terapéutica (realizar en las primeras 6 horas de vida)

CRITERIOS DE INCLUSION PARA HIPOTERMIA TERAPEUTICA

- Recién nacidos de ≥ 35 semanas de gestación
- Peso de ≥ 1800 gramos
- Menos de 6 horas de vida
- Evidencia de asfisia perinatal, con al menos uno de los siguientes criterios:
 - Puntaje de Apgar de 5 o menor a los 10 minutos
 - Necesidad de ventilación o resucitación en los primeros 10 minutos de vida
 - Gasometría en la primera hora con pH 7.00 o menor, o déficit de base de 12 o mayor.
 - Evidencia de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada a severa (De acuerdo a la Clasificación de Sarnat).
 - Hallazgos electrofisiológicos con amplitud integrada (EEGa) o estandar (EEG) de encefalopatía.

CRITERIOS DE NO INCLUSION PARA HIPOTERMIA TERAPEUTICA

- Malformaciones congénitas mayores como hernia diafragmática que requiere ventilación.
- Anormalidades congénitas sugestivas de cromosomopatías.
- Ecografía cerebral con lesión estructural.
- Coagulopatía con hemorragia activa
- Falta de disponibilidad del equipo necesario para otorgar hipotermia terapéutica

REALIZAR VIGILANCIA CONTINUA
EN EL RN QUE SE ENCUENTRA
BAJO HIPOTERMIA TERAPEUTICA

- Frecuencia cardiaca
- Tensión arterial
- Trazo electrocardiográfico
- Biometría hemática
- Pruebas de coagulación
- Electrolitos séricos
- Pruebas de función renal
- Electroencefalograma previo y durante hipotermia



LIQUIDOS, ELECTROLITOS Y
NUTRICIÓN

- Debe realizarse un manejo racional de líquidos basado en los requerimientos hídricos básicos y modificarlos si los efectos de la lesión hipóxico – isquémica han ocasionado alteraciones hormonales o renales que justifiquen.
- Mantener glucemia dentro de niveles normales de acuerdo a la edad y vigilar en forma regular los niveles de glucosa en sangre.
- La acidosis metabólica debe ser tratada, sobre todo cuando se presenta en forma conjunta con hipoglucemia para reducir el riesgo de efectos aditivos sobre la lesión
- El inicio de la vía enteral debe hacerse con precaución y después de una evaluación individual, la técnica de administración también será de acuerdo a las necesidades
- Considerar apoyo con nutrición parenteral en los casos de compromiso intestinal moderado o grave cerebral.
- La SaO₂ debe mantenerse entre 90% - 94% cerebral.
- En los recién nacidos con asistencia a la ventilación debe mantenerse la PaCO₂ en rangos de normalidad para su edad (35 – 45 mm Hg). Evitar hipocarbía cerebral.
- En todos los pacientes debe establecerse monitoreo arterial continuo o mediciones frecuentes de tensión arterial con métodos no invasivos de acuerdo con los
- Mantenga la presión arterial media en límites normales para la edad, utilice inotrópicos y/o vasoconstrictores si es necesario.



SEPSIS NEONATAL

DEFIICION

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

- 11-19% Mortalidad



SEPSIS PRECOZ

Primera semana (0-7 días)
Transmisión vertical
Mayor mortalidad y gravedad, menos frecuente neumonía.

TIPOS DE SEPSIS

SEPSIS TARDIA

8-60 días
Transmisión horizontal (entorno)
Mas frecuente
Asociado a comorbilidad

FACTORES DE RIESGO

SEPSIS PRECOZ

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

SEPSIS TARDIA

- Vías centrales
- Intubación endotraqueal/ventilación mecánica
- Ranitidina (anti-H)/inhibidores de la bomba de protones
- Prematuridad
- Patología gastrointestinal

ETIOLOGIA

VERTICAL

- Streptococcus agalactiae (SGB)
- Escherichia coli
- Haemophilus influenzae
- Listeria monocytogenes
- Enterococos (Faecium, faecalis)

CLINICA

- Dificultad de alimentación
- Convulsiones
- Temperatura axilar mayor o igual 37.5 o menor o igual a 35.5 °C
- Cambio en el nivel de actividad
- DIFICULTAD RESPIRATORIA

HORIZONTAL

- Grampositivos:
- Staphylococcus epidermidis
 - En menor medida aureus.
 - Streptococcus agalactiae.
- Gramnegativos:
- E. coli
 - Serratia
 - Klebsiella pneumonia
 - Enterobacter
 - Pseudomonas
 - Candida albicans

DIAGNOSTICO

- Cultivo (Hemocultivo)
- Punción lumbar si hay clínica
- AYUDA:
 - Procalcitonina mayor a 5ng/L
 - PCR mayor a 10mg/L
 - Relación cayados inmaduros/maduros mayor 0.2



TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Ucin
- Monitorización vitales
- Ayuno sonda a gravedad por razón necesaria
- Apoyo nutrición si necesario
- Lavado de manos antes y después de revisar paciente
- Profilaxis blactaico en caso de cultivo + flora rectovaginal madre



TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO SIEMPRE

- AMPI + GENTA / AMIKA



SI HAY PSEUDOMONA

- Cefepime ceftazidima

SI HAY STAPH

- Diclofenaco



SI HAY SARM

- Vancomicina



ENTEROCOLITIS NECROZANTE

DEFINICION

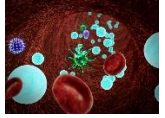
Enfermedad inflamatoria intestinal ayuda en NEONATOS. Caracterizado por necrosis coagulativa de la pared intestinal y riesgo de perforación.

- ILEON DISTAL Y COLON PROXIMAL



ETIOLOGIA

- Etiología desconocida (multifactorial)
- Aunque se dice que es por:
 - Isquemia
 - Colonización de microbiota tardía
 - SRIS



Clasificación de Bell Enterocolitis necrotizante

Estadio	Clasificación	Signos sistémicos	Signos abdominales	Signos radiográficos
IA	Sospecha	Cambios temperatura, apnea, bradicardia, letargia	Distensión abdominal, vómito, retención gástrica, sangre oculta en heces	Normal o leve dilatación de asas, íleo leve
IB	Sospecha	Mimosos IA	Hematoquecia evidente	Mimosos IA
IIA	Definida (leve)	Mimosos I	Mimosos I + ausencia ruidos intestinales, c/s sensibilidad abdominal	Dilatación asas, neumatosis intestinal
IIIB	Definida (moderada)	Mimosos IIA + acidosis metabólica o trombocitopenia	Mimosos IIA + c/s celulitis abdominal o íleo en CID	Mimosos IIA + ascitis
IIIA	Avanzada (severa)	IIIB + hipotensión, bradicardia, apnea severa, CID, neutropenia, acidosis metabólica/respiratoria	Mimosos IIIB + signos abdominales y sensibilidad marcada	Mimosos IIA + ascitis
IIIB	Avanzada perforada	Mimosos IIA	Mimosos IIA	Mimosos IIA + neumoperitoneo

Spotlight: mas del 90% de los casos se presentan en neonatos con peso <1500 g y <32 semanas de gestación. La incidencia de la enfermedad disminuye conforme aumenta el peso y la edad gestacional.

CID: coagulación intravascular diseminada. Le debe presentarse en concordancia con los datos clínicos. Siempre debe consultarse a un profesional de la salud si tiene alguna inquietud médica.

SPOTLIGHTMed

CLINICA

SEFUNDA Y TERCERA SEMANA DE VIDA

- Clasificación de bell
- Intolerancia via oral
- Distencion abdominal
- Dolor
- Sangrado
- Sintomas sistemicos



DIAGNOSTICO

PRIMERO

- Clinica + USG Abdomen

SEGUNDO

- Rx abdomen

EL MAS TIPICO

- Neumatosis intestinal

EL MAS GRAVE

- Neunoperitoneo

OTROS

- Edema de asas patrón miga de pan
- Asa fija
- Gas en vena porta

TRATAMIENTO

Clasifique según criterios de estadificación de BELL

ESTADIO I

I-A sospecha

- Letargia
- Distemia
- Apnea
- Braicardia
- Residuo gastrico
- Emesis
- Sangre oculta en heces

I-B Sospecha igual a I-A mas:

- Sangre rectal rojo vivo

AYUNO Y ANTIBIOTICOS POR 3 DIAS:
Evaluacion completa de sepsis
Descartar otras causas de íleo

ESTADIO II

II-A Definirla igual a i más:

- Ausencia de peristalsis
- Con o sin dolor abdominal
- Rx Dilatacion de asas, neumatosis intestinal

TRATAMIENTO:
• Ayuno
• Cultivos
• Antibioticos por 7 a 10 dias
• Valoracion por Cirujano Peditra

II-B Definida Moderado igual a II-A más:

- Dolor definido
- Celulitis abdominal o masa en cuadrante inferior derecho
- Acidosis metabólica leve
- Trombotopenia
- Rx Gas en vena porta, ascitis

TRATAMIENTO:
• Ayuno
• Cultivos
• Antibioticos por 14 dias
• Valoracion por Cirujano Peditra

ESTADIO III

II-A avanzada

- Hipotension
- Bradicardia
- Apnea
- Dolor marcado
- Distension abdominal
- Peritonitis
- Neutropenia
- Acidosis respiratoria y metabólica
- CID
- Rx igual a II-B más ascitis definitiva
- Intestino intacto

TRATAMIENTO:
• Igual a II-B más Resucitacion con liquidos
• Soporte inotrópico
• Asistencia respiratoria
• Valoracion por Cirujano

LII-B Avanzada

- Perforacion intestinal
- Igual a IIIA
- Rx igual a II-B mas Neumoperitoneo

TRATAMIENTO:
Igual a III-A mas cirugía