



PATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

DOCENTE: OLGA CAROLINA MONTERO REYES

ALUMNA: NOEMI CONCEPCIÓN PUERTO ANTONIO

CARRERA: ENFERMERÍA GENERAL

MODALIDAD: ESCOLARIZADO

FACHA: 09/03/21

Tetralogía de Fallot

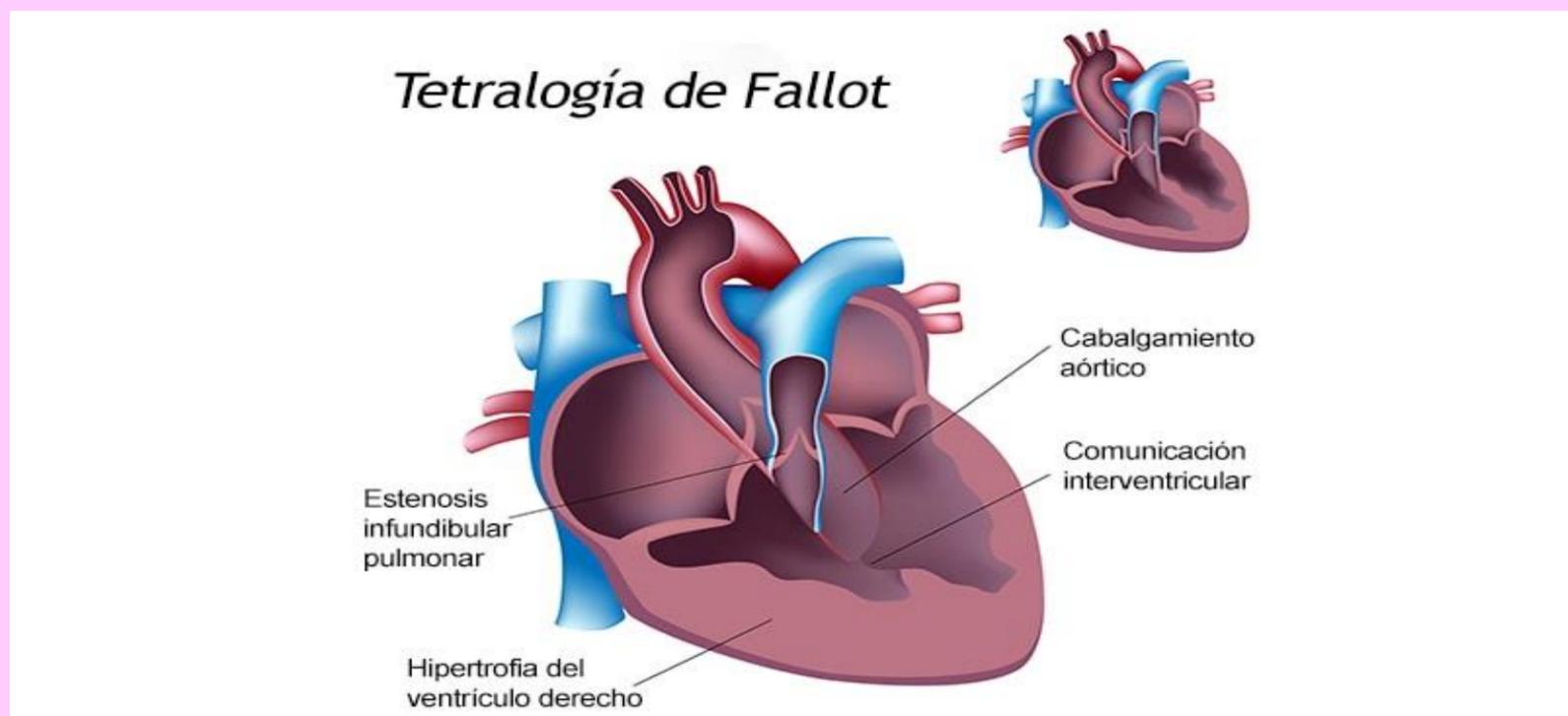
La tetralogía de Fallot (TOF) es una anomalía cardíaca que refiere a una combinación de cuatro defectos cardíacos relacionados que suelen darse de manera conjunta.

Estos cuatro defectos son:

- Comunicación ventricular (VSD)
- Dextraposición de la aorta: la válvula aórtica se encuentra agrandada y parece originarse tanto en el ventrículo izquierdo como en el derecho, en lugar de solo en el ventrículo izquierdo, como en un corazón normal
- Estenosis pulmonar: estrechamiento de la válvula pulmonar y del tracto de salida o de la zona por debajo de la válvula que obstruye (bloquea) el paso del flujo sanguíneo desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar
- Hipertrofia del ventrículo derecho: engrosamiento de las paredes musculares del ventrículo derecho que ocurre porque el ventrículo derecho bombea a alta presión

Un pequeño porcentaje de niños con tetralogía de Fallot pueden presentar, además, comunicaciones ventriculares, una comunicación auricular (ASD) o anomalías en el patrón de ramificaciones de las arterias coronarias. Algunos pacientes con tetralogía de Fallot presentan una obstrucción total de la circulación desde el ventrículo derecho, o atresia pulmonar. La tetralogía de Fallot puede estar asociada a anomalías cromosómicas, tales como el síndrome de eliminación del cromosoma 22q11.

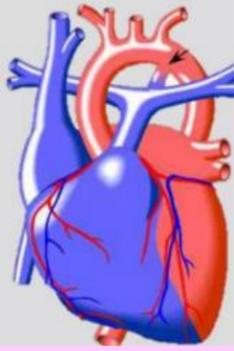
La estenosis pulmonar y la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho que se observa junto con la tetralogía de Fallot suelen limitar el flujo de sangre hacia los pulmones. Cuando la circulación sanguínea se ve restringida, la combinación de la comunicación ventricular y la dextraposición de la aorta permiten que la sangre desoxigenada (azul) regrese a la aurícula derecha y al ventrículo derecho para ser bombeada desde la aorta hacia el cuerpo.



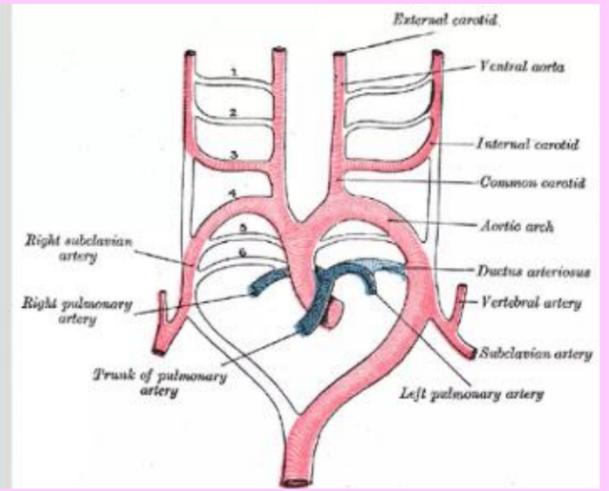
Persistencia del conducto arterioso

¿QUÉ ES EL CONDUCTO ARTERIOSO?

- Estructura vascular que une el arco aórtico con el techo de la bifurcación de la arteria pulmonar



Se forma a partir del 6to arco aórtico
Se **oblitera** en las primeras horas de vida (10 a 18 horas) para dar lugar a la circulación neonatal y formar el **ligamento arterioso** y 21 días de vida)



PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO (PCA)

- Cuando el conducto arterioso permanece abierto más allá del cuarto a séptimo día después del nacimiento

~~PCA~~

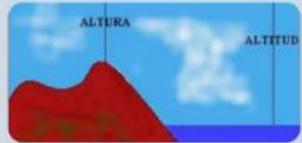
"Normal" en recién nacidos de término hasta los tres meses de vida

No aplica en RN prematuros



1 de cada 2 500 a 5 000 RN y en hospitales de concentración como el Instituto Nacional de Pediatría representa el 25% de las cardiopatías congénitas

PERIODO PREPATOGENICO



Agente

- Prematurez
- Hipoxemia
- Rubeola congénita
- Sustancias teratógenas
- Alcohol

Huésped

- ♀ 2:1 ♂
- 4% en pacientes con hermanos con PCA
- 20% RNP de más de 32 SDG

Ambiente

- Sitios de mayor altura sobre el nivel del mar
- Baja concentración parcial de oxígeno

PREVENCIÓN PRIMARIA



Promoción de la salud

- Atención perinatal adecuada
- Evitar exposición a agentes teratógenos

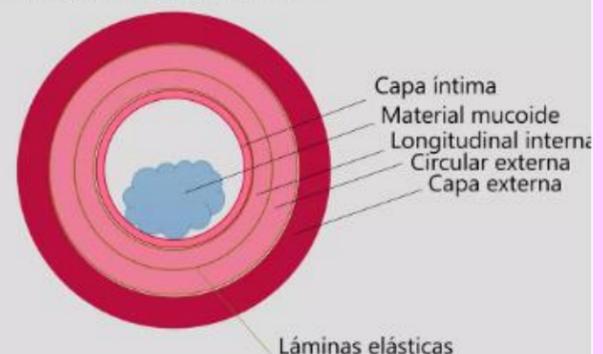
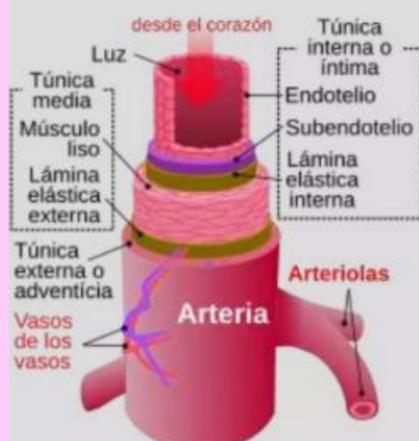


Protección específica

- Sospechar de la afección con dx oportuno

PERIODO PATOGENICO. Etapa subclínica: **Fisiopatogenia**

CONDUCTO ARTERIOSO



El conducto arterioso en vez de tener fibras elásticas en la capa media, posee dos delgadas capas de músculo liso con algunas láminas elásticas concéntricas y una fina red vascular. La íntima es abundante en material mucoso

Etapa clínica: síntomas y signos

PREMATURO

- Alargamiento de la evolución habitual de la membrana hialina

TÉRMINO

- Decaimiento, hipoactividad, intolerancia al alimento en un RN sin otra afección aparente

NIÑOS MAYORES

- Comúnmente asintomático, se puede escuchar un soplo
- Detención de crecimiento, síntomas de insuficiencia cardíaca (disnea al comer, diaforesis excesiva, irritabilidad, vómitos)
- Infecciones repetidas de VAI

Exploración física

- Pueden tener peso, talla y signos vitales normales

Conducto arterioso ligeramente grande y con mayor repercusión hemodinámica.

- Peso bajo, taquicardia y taquipnea.
- Palpación de un frémito en el foco pulmonar y el hueco supraesternal.
- Soplo continuo que inicia poco después del 1er ruido (más intenso en la telesístole) y cubre al 2do ruido hasta desaparecer con el 1er ruido del ciclo siguiente. (varía de intensidad desde grado 1 hasta 5/6.)
- Si ↑ presión arterial pulmonar, el soplo se hace más corto y llega a ser sólo sistólico.

Arévalo

Conducto grande y con gran flujo
Retumbo mitral audible en el ápex.
En la exploración de las extremidades es muy común palpar pulsos amplios.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno

- Historia clínica+ exploración física
- Estudios de gabinete

TRATAMIENTO

- RN prematuro
- Restricción de líquidos para mantener el balance hídrico neutro a ligeramente negativo
- VPP para elevar la presión y mantener tiempos cortos de inspiración (0.35 seg)
- Profilaxis vs endocarditis infecciosas
- Inducir el cierre del conducto con inhibidores de las prostaglandinas

PREVENCIÓN Terciaria

Rehabilitación

El tratamiento adecuado del conducto arterioso tiene buen resultado y por lo regular el paciente puede reintegrarse a la vida normal. Aun así, deben tratarse las enfermedades extracardiacas y complicaciones posibles, en especial en el RN prematuro.