



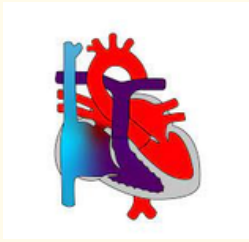
Efraín de Jesús Gordillo García

Flash Cards

Crecimiento y desarrollo

3°A

PASIÓN POR EDUCAR



CARDIOPATIAS

malformaciones cardiacas o de sus grandes vasos presentes en el nacimiento y que se originan de gestación por factores que que actúan alterando el desarrollo embriológico del sistema cardio vascular

Epidemiologia

- **mamas con :**
- Edad avanzada
- Diabetes
- Enfermedad de la colágena
- Exposición a fármacos

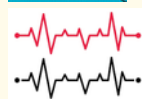


signos

- Galope
- Estertores pulmonares
- Soplos
- Alteraciones del pulso
- Hepatomegalia
- Ascitis

estudios

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

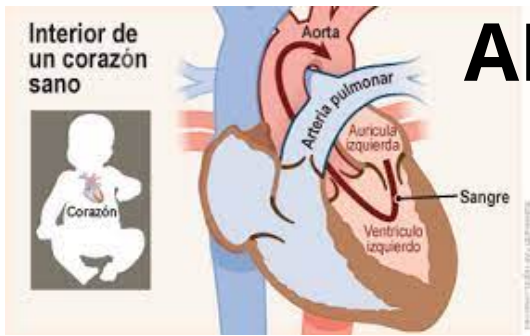


clasificacion

acianoticas

cianoticas

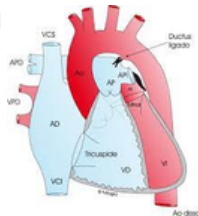
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO



presencia de una comunicación entre la arteria y la aorta pulmonar. es normal en vida fetal y se cierra en las primeras 10 o 15 horas tras nacimiento mas frecuentes en prematuros del sexo femenino

fisiopatología

se establece un shunt de aorta a arteria pulmonar con hiperflujo o pulmonar y sobre carga de cavidades izquierdas normalmente se cierra con el paso de sangre rica en oxigeno que causa vasoconstricción



clinica

- Los signos y sintomas dependen del tamaño.
- Pulso rapido y salton
- El soplo esta presente en foco pulmonar que se irradia a la región infraclavicular izquierda

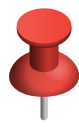
DIAGNOSTICO

- En el electrocardiograma se muestra sobrecarga de la cavidad izquierda
- En la radiografía se aprecia pletora pulmonar y cardiomegalia
- La ecocardiografía confirma el diagnostico

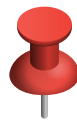


tratamiento

depende el tamaño



pequeño: se cierra durante la lactancia



toracotomia



farmacos: ibuprofeno

COMUNICACIÓN INTRERAURUCULAR

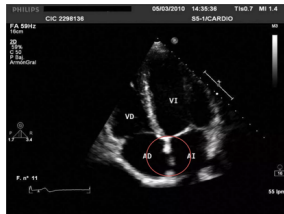
defecto en el septo interauricular comunica las dos aurículas entre si
predomina en el sexo femenino

clasificación

OSTIUM SECUDIUM: Medio septal lo mas frecuente

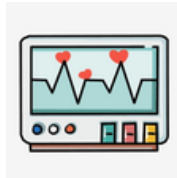
OSTIUM PRIMUM: En la porción mas baja del septum por encima de las valvulas AV

SENO VENOSO: Cerca de la desembocadura de la cava superior e inferior



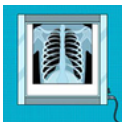
clinica

- Asintomatica en la infancia
- Hiperflujo pulmonar
- A la oscultacion hay el primer tono fuerte



Diagnostico

- ELECTROCARDIOGRAMA: Sobrecarga del ventriculo derecho con eje derecho y bloqueo de rama incompleta derecha
- RADIOGRAFIA DE TORAX: Signos de pletora pulmonar con hiperflujo y con el tiempo de dilatacion de cavidades derechas
- ECOCARDIOGRAFIA: Tecnica de eleccion para el diagnostico, es el que nos va mostrar el defecto y que tipo es



tratamiento

- Ostium primum y secudium pequeños cierran espontaneamente en el primer año
- se recomienda correccion en los 3 y 6 años de vida o antes si hay sintomas
- se corrige si hay relacion entre el flujo pulmonar Qp y el sistematico QS superior

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

presencia de un defecto en el septo interventricular que permite comunicación entre ambos ventrículos



clasificación:

los defectos mas frecuentes son los del septo membranoso

la CIV muscular y la infundibular son menos frecuentes

clinica

- en los defectos pequeños no hay clinica
- en los grandes hay un hiperflujo pulmonar
- soplos pequeños que se ausculta en la región paraesternal izquierda

Diagnostico



- ELECTROCARDIOGRAMA: Hipertrofia ventricular y de aurícula izquierda
- RADIOGRAFIA DE TORAX: Signos de pletora pulmonar, cardiomegalia
- ECOCARDIOGRAFIA: Tecnica de eleccion para el diagnostico, es el que nos va mostrar el defecto y que tipo es, amplitud y numero



tratamiento

- se espera a wue cierre espontaneamente mientras se emplean IECAS
- los defectos pequenos cierran en el primer año
- se realiza cierre percutaneo con dispositivos para CIV



SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

cuadro de dificultad respiratoria causado por la aspiración de líquido amniótico teñido de meconio dentro de la vía aérea



factores de riesgo

| Factores predisponentes responsables de hipoxia perinatal crónica | Factores desencadenantes de hipoxia aguda intraparto |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Embarazo postérmino• Preeclampsia y eclampsia• Hipertensión materna• Diabetes materna• Restricción del crecimiento intrauterino• Oligohidramnios | <ul style="list-style-type: none">• Sufrimiento fetal agudo• Parto prolongado |

prevención

- evitar el paso de meconio en el útero
- Amniotomía
- Tiempo y modo de entrega

cuadro clínico

1. Recién nacido con signos de posmadurez
2. Distress respiratorio con:
 - Marcada taquipnea
 - Cianosis
 - Retracción intercostal y subcostal severa
 - Respiración abdominal
 - Quejido
 - Aleteo nasal

cuidados

Ambiente térmico neutral, y la estimulación táctil debe ser minimizada.

Los niveles de glucosa en sangre y calcio deben evaluarse y corregirse si es necesario.

Terapia específica para la hipotensión y el gasto cardíaco deficiente

Soporte circulatorio con solución salina normal o concentrados de glóbulos rojos

Función renal

Permeabilidad Vías respiratorias

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RÉCIEN NACIDO

signos de dificultad respiratoria tipo II o pulmon humedo.

causa

- mama con antecedentes:
- tabaquismo
- sedación prolongada
- RPM mayor a 24 horas
- trabajo de parto precipitado

clínica

- Respiración superficial
- Taquipnea: FC > 60 RPM por más de 12 horas
- SAT O₂: <88

tratamiento

no se recomienda el uso de fármacos para aumentar la presión alveolar

fisiopatología

inadecuada reabsorción de líquido alveolar

se resuelve en

24 a 72 horas

mas común en

recien nacido de término ya sea por cesaria o via vaginal

mecanismo de ventilación recomendada inicialmente

casco cefalico con O₂ al 40%

ENTEROCOLITIS NECROSANTE/NECROTIZANTE

Proceso inflamatorio intestinal agudo que se produce fundamentalmente en neonatos con bajo peso al nacer, caracterizado por necrosis isquémica de la mucosa intestinal que puede conducir a perforación o peritonitis.

FR para Enterocolitis necrotizante:

- PREMATUREZ #importante
- RN con bajo peso: <1,500g
- Nutrición enteral asocia >90% (Uso de fórmula)
- Bloqueadores de los receptores H2
- Amoxi/Clav
- Madre con antecedente de consumo de cocaína
- Asfixia perinatal
- Poliglobulia
- RCIU

FR para Enterocolitis necrotizante:
Leche materna
Cierre temprano del conducto arterioso con Indometacina (antes de 6 días)

PC de enterocolitis necrotizante

RN prematuro alimentado con fórmula + ataque al estado general con la siguiente TRIADA

- 1.-Heces sanguinolentas
- 2.-Distensión abdominal/Dolor abdominal
- 3.-Neumatosis intestinal

Localización más afectada en enterocolitis necrotizante:

Ileon distal
Colon proximal

DX de enterocolitis necrotizante

- Clínico
- Radiografía Abdominal: en Miga de pan
- -Neumatosis intestinal / Neumoperitoneo
- -Asa fija
- -Presencia de gas en vena portal (mal pronóstico)
- LABs:
- Leucocitosis/Leucopenia
- Trombocitopenia
- PCR aumentada
- Acidosis metabólica
-

NECROSANTE

trastorno inflamatorio intestinal en neonatos de bajo peso al nacer con necrosis isquemica de mucosa GI que puede perforarse y producir peritonitis

fx de rx mas consistente en enterocolitis necrosante

prematuridad