



Jorge Morales Rodríguez

Dra. Rosvani Margeni Morales Irecta

FLASHCARDS

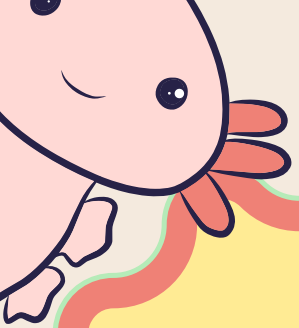
Crecimiento y Desarrollo

Tercero

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de diciembre del 2023.



CARDIOPATIAS

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO



FISIOPATOLOGÍA

- Se produce cuando el sobreesfuerzo obliga al feto a tomar bocanadas de aire, de manera que inhala (inspira) el líquido amniótico que contiene meconio y este se deposita en los pulmones.
- Después del parto, el meconio aspirado puede bloquear las vías respiratorias del recién nacido y hacer que las regiones de los pulmones se colapsen.
- De esta forma, el pulmón afectado se expande en exceso.
- El aire se acumula entonces dentro de la cavidad torácica alrededor del pulmón (neumotórax).

DEFINICIÓN

El síndrome de aspiración meconial es una dificultad respiratoria del recién nacido que ha inhalado un material fecal estéril de color verde oscuro llamado meconio hacia el interior de los pulmones antes del parto o en los momentos inmediatos al mismo.

CLÍNICA

- Dificultad respiratoria, lo que se traduce en respiración rápida con retracción de la parte baja del tórax al inspirar y un sonido similar a un resoplido al espirar.
- Cianosis
- La piel puede cambiar a colores como amarillo-gris, gris o blanco.
- Presión arterial baja.
- El cordón umbilical, los lechos ungueales o la piel del recién nacido pueden estar teñidos por meconio, lo que les da un color amarillo verdoso.

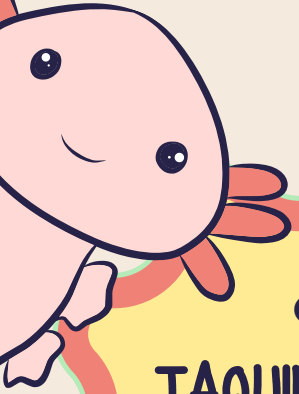
DIAGNÓSTICO

- Meconio en el líquido amniótico
- Dificultad respiratoria
- Radiografía de tórax

TRATAMIENTO

- Succión de las vías respiratorias.
- Medidas para apoyar la respiración.
- Surfactante y antibióticos.
- Tratamiento de cualquier trastorno subyacente.





CARDIOPATIAS TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.

CLÍNICA

Los signos generalmente se presentan dentro de las primeras 6 horas de vida:

- Taquipnea: frecuencia respiratoria > 60 respiraciones por minuto.
- Taquipnea que persiste por más de 12 horas Campos pulmonares sin estertores .
- Saturación de O_2 menor de 88% por oximetría de pulso.

TRATAMIENTO

Oxígeno : La administración de oxígeno tiene por objetivo mantener saturaciones de oxígeno medidas por oximetría de pulso entre 88 y 95%.

Presión Positiva:

Continua de la VíaAérea o CPAP : Con el uso de CPAP nasal y FIO_2 entre 40 y 60% mejora el volumen pulmonar residual.

Ventilación mecánica:

- Pasar de solo taquipnea a iniciar con manifestaciones de dificultad respiratoria
- Falla de CPAP para mantener saturaciones entre 88 y 95% con $FiO_2 > 60\%$
- Persistencia de CO_2 elevado -Acidosis respiratoria a.



Características

Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento, se presenta con más frecuencia en los recién nacidos de término o cercanos a término, que nacen por cesárea o en forma precipitada por vía vaginal, lo que favorece el exceso de líquido pulmonar.

FACTORES DE RIESGO

Antecedentes maternos:

- Asma
 - Diabetes mellitus
 - Tabaquismo
 - Sedación por tiempo prolongado
 - Ruptura de membranas mayor de 24 horas
 - Trabajo de parto precipitado
- Factores de riesgo Antecedentes del Recién Nacido:
- Macrosomia
 - Género masculino
 - Embarazo gemelar
 - Nacimiento de término o cercano al término Calificación de Apgar menor de 7

DIAGNÓSTICO

- Radiografía de tórax
- Oximetría de pulso
- Gasometría arterial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome de Adaptación.
- Pulmonar Síndrome de aspiración de meconio.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Cardiopatías congénitas.
- Hipertensión pulmonar.
- Síndrome de fuga de aire.
- Hemorragia pulmonar.
- Neumonía Sepsis .

CARDIOPATIAS

ENTEROCOLITIS

NECROSANTE

/NECROTIZANTE

DEFINICIÓN

- La enterocolitis necrosante (ECN) es la muerte del tejido intestinal.
- Ocurre con mayor frecuencia en bebés prematuros o enfermos.
- La ECN ocurre cuando el revestimiento de la pared intestinal muere.
- Este problema casi siempre se desarrolla en un bebé que está enfermo o es prematuro.

CAUSAS

- Bebés prematuros.
- Bebés alimentados con leches maternizadas (fórmulas) en lugar de leche materna.
- La leche materna contiene factores de crecimiento, anticuerpos y células inmunitarias que ayudan a prevenir el problema.
- Bebés en una guardería donde se ha presentado un brote.
- Bebés que han recibido exanguinotransfusiones o que han estado gravemente enfermos.

SÍNTOMAS

- Distensión abdominal.
- Sangre en las heces.
- Diarrea.
- Problemas en la alimentación.
- Falta de energía.
- Temperatura corporal inestable.
- Respiración, frecuencia cardíaca, o presión arterial inestables.
- Vómitos.

DIAGNÓSTICO

- Radiografía abdominal.
- Examen de sangre oculta en heces.
- Conteo sanguíneo completo (CSC).
- Niveles de electrolitos, gases sanguíneos y otros exámenes de sangre.

TRATAMIENTO

- Suspender la alimentación entérica del tracto gastrointestinal.
- Sacar los gases del intestino introduciendo un tubo en el estómago.
- Administrar líquidos intravenosos y nutrición.
- Administrar antibióticos intravenosos.
- Vigilar el estado del bebé con radiografías abdominales, exámenes de sangre y gasometría arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Espino Vela J. Cardiología Pediátrica, 2a. ed. México, Ed. Méndez Oteo;1991. p.31. 2.
- GonzálezCernaJL.Evolución de la cirugía cardiopulmonar en el Hospital Infantil de México. Conferencia magisterial "Federico Gómez". XXVI Jornadas anuales.
- Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", 1996.
- MANUAL MSD COMUNICACIÓN INTERAURICULAR.