



Liliana Pérez López

Dra. Rosvani Margine Morales Irecta

Los casos de la vida

Crecimiento y desarrollo

Tercer semestre

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

PCA

Es una abertura constante que se encuentra entre los dos vasos sanguíneos principales que salen del corazón

Factores de riesgo:

- Nacimiento prematuro
- Antecedentes familiares (SX de Dawn)
- Rubéola durante el embarazo
- Nacimiento a una altura elevada
- Sexo (+ frecuente en mujeres)



Clasificación:

- **Silentes:** Px que no presentan soplo ni HAP y son diagnosticados solo por ecocardiografía.
- **Pequeños:** Px con soplo continuo audible, cambios hemodinámicos, sin sobrecarga en cavidades izq ni HAP.
- **Moderados:** PX con soplo continuo, pulsos amplios, sobrecarga de vol. en cavidades izq, HAP leve a moderada.
- **Grandes:** PX con soplo continuo, pulsos amplios, sobrecarga importante de vol. en cavidades izq, HAP moderada o severa.

¡Notas!

- se asocian la PCA con la CIA, CIV, estenosis pulmonar (valvular y supravalvular), estenosis aórtica, válvula aórtica bivalva sin estenosis y insuficiencia aórtica.

Clínica

Dependen del tamaño de la apertura y de la edad de la persona.

- Sobrecarga de volumen
- Retraso en el crecimiento
- Disnea
- Dificultad respiratoria
- Mala alimentación
- Sudoración al llorar o comer
- Frecuencia cardíaca acelerada



Diagnóstico

- Ecocardiograma
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Cateterismo cardíaco

Tratamiento

Dependen del tamaño del orificio y de los problemas que podría causar

Con un PCA pequeño:

- Revisiones médicas regulares para detectar complicaciones.

Con un PCA grande:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE)
- Cirugía



COA

Defecto de nacimiento en el corazón en el que hay un orificio en la pared que separa las cavidades superiores del corazón.

Causas y Factores de riesgo:

- Cambios en sus genes o cromosomas
- Combinación de genes

Elementos con los que entra en contacto la madre:

- Lo que come o bebe
- Los medicamentos que usa (Diuréticos)



Clasificación:

- **Secundum:** Afecta parte media de la pared
- **Primum:** Se produce en la parte baja de TA
- **Seno venoso:** Afecta parte superior de la pared
- **Seno coronario:** Ausencia de pared que se encuentra en seno coronario

¡Notas!

- 3er Cardiopatía más frecuente
- + Dado en mujeres

Asociado a:

- Conexión anormal de VP
- Coartación aórtica
- Lesión en válvula mitral

Clínica

- Sudoración en reposo
- Infecciones de vías aéreas
- Soplos en 2do ruido cardíaco
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Retardo en el crecimiento
- En casos graves derrame cerebral



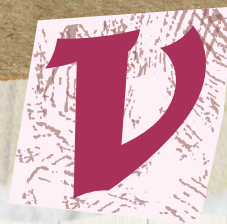
Diagnóstico

- **Radiografía** (análisis de características en pulmones y corazón)
- **Ecografía** (identifica lugar de afección y tamaño)
- **Electrocardiograma** (comportamiento del corazón)

Tratamiento

- Cierre del defecto por cateterismo si el defecto es muy grande
 - Vigilancia en defectos pequeños
- Solo se operan aquellos que:
- Tienen defectos grandes
 - Se encuentran ubicados en zonas de riesgo





Defecto de nacimiento en el corazón, en el cual hay un orificio en la pared (septo o tabique) que separa las dos cavidades inferiores del corazón.

Factores de riesgo:

- Nacimiento prematuro
- Hipertensión
- Diabetes mellitus pregestacional
- Consumo de alcohol
- Medicamentos (anticonvulsivos)
- Bajo peso al nacer (- 2.500 g)
- AF de prolemas cardíacos
- SX de Down

Clasificación:

- **cIV infundibular:** Orificio debajo de válvulas pulmonar y mitral
-
- **cIV muscular:** Orificio en parte inferior muscular del septo
-
- **cIV del septo de entrada:** Orificio a través de las válvulas tricuspide y mitral
-
- **CIV perimembranosa:** Orificio en sección superior debajo de valva septal tricuspide

¡Notas!

- Cardiopatía congénita más frecuente
- La prevalencia se cifra entre 50/1000 recién nacidos vivos

Clínica

Los sx dependerán del tamaño del defecto



- Dificultad para respirar
- Respiración fuerte o acelerada
- Sudoración
- Cansancio durante la alimentación,
- Poco aumento de peso
- Cuadros bronquiales
- Anemia fisiológica

Diagnóstico

Se diagnostica después de que nace el bebé

Se realizan pruebas de:

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ecocardiografía
- Hemodinamia
- Cateterismo cardíaco
- Oximetría de pulso

Tratamiento

Dependen del tamaño del orificio y de los problemas que podría causar

- Medicamentos que ayude a fortalecer el músculo cardíaco, reducir la presión arterial y ayudar al cuerpo a eliminar el líquido extra.
- Recetar una fórmula especial alta en calorías



SAM

Dificultad respiratoria del RN que ha inhalado 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.

Causas y Factores de riesgo:

Se suele relacionar con el sufrimiento fetal.

- Parto difícil
- Edad gestacional avanzada
- Madre que fumadora, con diabetes, hipertensión o enfermedad respiratoria
- Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical
- Escaso crecimiento intrauterino



Clasificación:

- Leve: $FiO_2 < 0,40$ durante menos de 48 h
- Moderada: $FiO_2 > 0,40$ durante más de 48 h sin fuga de aire)
- Grave: Ventilación mecánica durante más de 48 h y/o HTPP

¡Notas!

- La fisiopatología del SAM comienza con la existencia de estrés fetal, que provoca una respuesta vagal, y desencadena un aumento del peristaltismo y relajación del esfínter anal, con el paso de meconio a la cavidad uterina.

Clínica

- Restos de meconio
- piel azulada o verdosa debido a las manchas de meconio
- Problemas respiratorios
- Baja frecuencia cardíaca en el bebé antes de nacer
- Baja puntuación en la escala Apgar
- Flacidez
- Posmaduridad



Diagnóstico

- Si hay dificultades para respirar, el pediatra introducirá un laringoscopio en tráquea para extraer cualquier resto de meconio
- Auscultación
- Análisis de sangre (hay buen oxígeno)
- Radiografía de torax (ver parches o betas en pulmones)

Tratamiento

- Succión de vías respiratorias
- Medidas para apoyar la respiración
- Aplicación de surfactante y antibióticos
- Tratamiento de cualquier trastorno subyacente
- Oxigenación por membrana extracorpórea



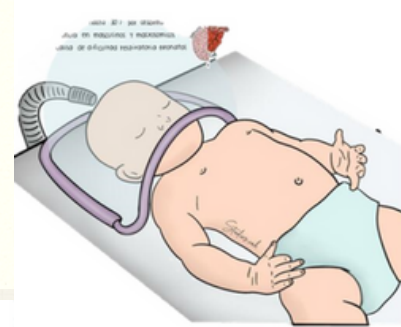
TTN

Es una respiración temporalmente rápida y algunas veces fatigosa que se presenta, a menudo, con concentraciones bajas de oxígeno en sangre debidas al exceso de líquido en los pulmones después del nacimiento.

Causas:

Es más probable que la TTN ocurra en bebés que:

- Nacieron antes de las 38 semanas completas de gestación
- Nacieron por cesárea, si el trabajo de parto todavía no ha comenzado
- Nacieron de una madre con diabetes o asma
- Gemelos



Clínica:

Los signos 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 O₂ menor de 88% por oximetría de pulso
- Frecuencia respiratoria rápida de más de 60 respiraciones por minuto
- Resoplidos al respirar
- Aleteo de las fosas nasales
- Retracción del pecho entre las costillas al respirar

¡Notas!

- INCIDENCIA: 3,5 a 11/1000 nacidos vivos
- Causa más frecuente de insuficiencia respiratoria neonatal
- Se presenta en el RN a término o casi a término
- Es más frecuente en productos macrosómicos y del sexo masculino

Diagnóstico

- Radiografía de tórax
- Análisis de sangre
- Buscar factores de riesgo
- Realizar exploración física
- Medir SatO₂ de forma continua
- Hemocultivo para descartar infección
- Gasometría arterial
- Escalas de APGAR y SILVERMAN

Tratamiento

- Recibir la FiO₂ mínima para mantener la SatO₂ entre 88 y 95%
- No recomendar el uso de CPAP nasal en forma rutinaria en RN con Dx de TT

El CPAP se deberá usar en el momento que:

- La administración FiO₂ no mantenga SatO₂ entre 88 y 95%
- Pase de ser taquipnea a presentar manifestaciones de dificultad respiratoria de acuerdo a la escala de Silverman-Anderson y no mantenga SatO₂ entre 88 y 95%
- No se recomienda el uso profiláctico de CPAP nasal en los RN con factores de riesgo para el desarrollo de TT

Iniciar asistencia mecánica a la ventilación en el RN diagnosticado como TTN que:

- La taquipnea no remite en forma progresiva de dentro de las 48 a 72 horas posteriores al nacimiento
- Presenta dificultad respiratoria de moderada a grave

Gases arteriales con: - Baja saturación de O₂ - Baja de PaO₂ - Aumento de CO₂ - Acidosis respiratoria o mixta

- Los diuréticos no pueden recomendarse como tratamiento para la TTN y no deben utilizarse a menos que se disponga de estudios adicionales.



ECCN

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

Factores de riesgo:

- Prematuréz
- Ventilación asistida
- Sepsis
- Hipotensión
- Ruptura prematura de membrana
- Nacimiento extrahospitalario
- Malposición de catéter umbilical en vena porta

Clasificación:

ESCALA DE BELL				
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE <small>>90% en RN <1500 g y <32 SDG</small>				
ESTADIO	CLASIFICACIÓN	SIGNOS		
		SISTÉMICOS	ABDOMINALES	RADIOGRÁFICOS
IA	SOSPECHA	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios T* • Apnea • Bradicardia • Letargo 	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Vómito • Retención gástrica • Sangre oculta en heces + 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal o leve dilatación de asas • Íleo leve
IB	SOSPECHA	Mismos IA	Hematoquecia evidente	Mismos IA
IIA	Definida (LEVE)	Mismos I	Mismos I +: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de ruidos intestinales • c/s sensibilidad abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de asas • Neumatosis intestinal
IIB	Definida (MODERADA)	Mismo IIA +: <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica • Trombocitopenia 	Mismos IIA +: <ul style="list-style-type: none"> • c/s celulitis abdominal o masa en CID 	Mismos IIA + ascitis
IIIA	Avanzada (SEVERA)	Mismos IIB +: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Bradicardia • Apnea severa • CID • Neutropenia • Acidosis metabólica/respiratoria 	Mismos IIB +: <ul style="list-style-type: none"> • Signos de peritonitis • Distensión abdominal • Sensibilidad marcada 	Mismos IIA + ascitis
IIIB	Avanzada perforada	Mismos IIIA	Mismos IIIA	Mismos IIIA +: <ul style="list-style-type: none"> • Neumoperitoneo

¡Notas!

- La incidencia global se estima entre el 0,5 y el 5% nacidos vivos, siendo de alrededor del 7% en niños con muy bajo peso al nacer.

Clínica

Digestivos:

- Retraso en vaciado gástrico
- Distensión abdominal
- sangre en heces macro o microscópica
- Vómito

Sistémicos:

- aspecto séptico
- apnea o bradicardia
- alteraciones hemodinámicas



Diagnóstico

- Radiografía simple de abdomen C/6 h
- Considerar DX en los siguientes hallazgos ultrasonográficos:
 - Gas en vena porta
 - Neumatosis intestinal
 - Aire libre
 - Adelgazamiento de la pared intestinal
 - Ausencia de peristalsis
 - Ascitis simple y colección focal de líquido

Tratamiento

El uso de probióticos puede considerarse en el cuidado del prematuro < 32 SDG o < 1500 g

Farmacos:

- Oxido nítrico
 - L arginina
 - Mejores prácticas de lactancia
- Cirugía para casos más avanzados



Bibliografías:

Raúl San Luis-Miranda Laura G. Arias-Monroy María Luisa Peralta-Pedrero José Luis Lázaro-Castillo José L. León-Ávila Zaria Margarita Benítez-Aréchiga Odir Jáuregui-Ruiz Lucelli Yáñez-G. (2012). Persistencia del conducto arterioso. MEDIGRAPHIC. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im124t.pdf>

Comunicación interauricular - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022, 23 de abril). Top-ranked Hospital in the Nation - Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/atrial-septal-defect/symptoms-causes/syc-20369715>

CASTRO B, Abdon. La comunicación interventricular. Rev. costarric. cardiol [online]. 2000, vol.2, n.1, pp.21-26. ISSN 1409-4142.

STANFORD MEDICINE CHILDREN'S HEALTH. (s.f.). Taquipnea transitoria del recién nacido. Stanford Medicine Children's Health - Lucile Packard Children's Hospital Stanford. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=transienttachypneaofthenewborn-90-P05529>

F. Raspall Torrent. (2008). ENTEROCOLÍTIS NECROSANTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42.pdf>