



**Karla Beatriz Cruz Martínez**

**Dra. Rosvani Margine Morales Irecta**

**Los casos de la vida**

**Crecimiento y desarrollo**

**PASIÓN POR EDUCAR**

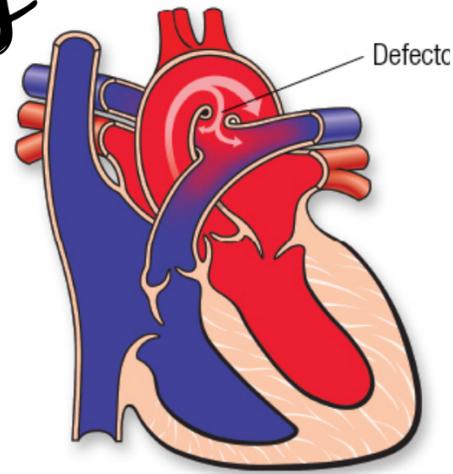
**3**

**“A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de diciembre de 2023.

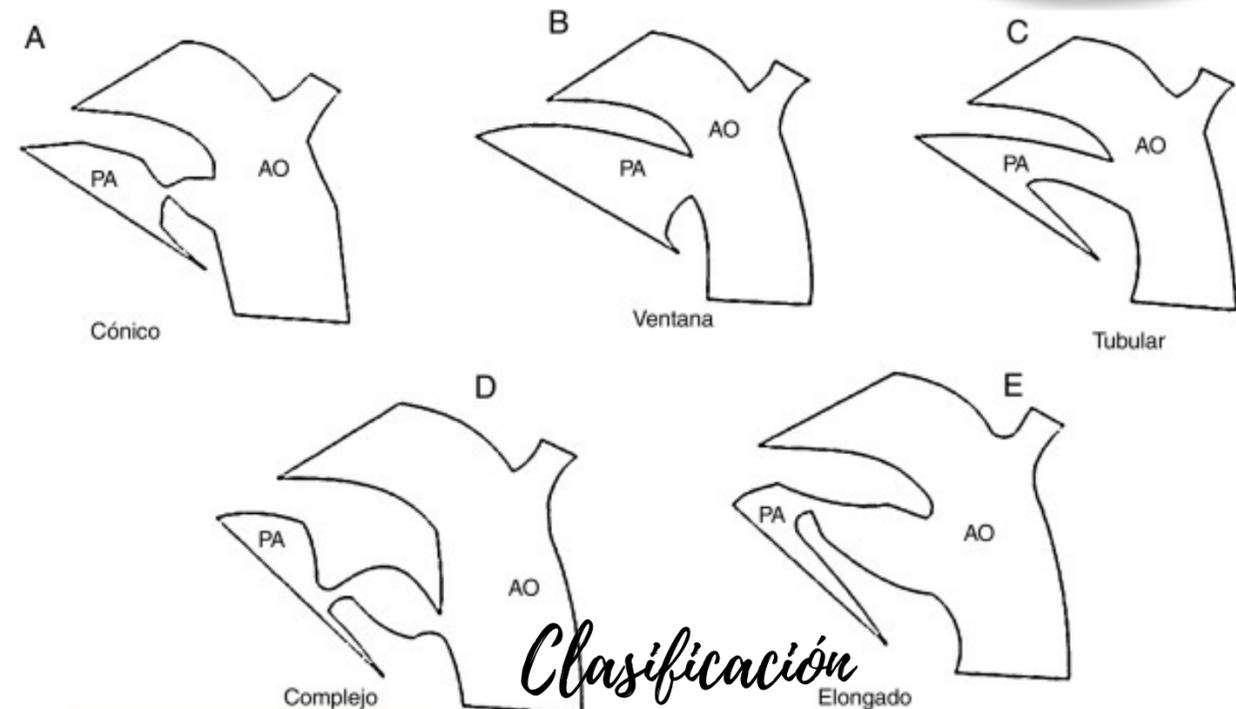
# Persistencia del conducto arteriosos

Falta de cierre del conducto arterioso, lo que ocasiona una comunicación entre los dos circuitos sanguíneos



- Lesión aislada del lactante o niño mayor
- Lesión aislada del prematuro
- Asociada a cardiopatías congénitas
- Como estructura vital permitiendo cortocircuito de derecha a izquierda en las cardiopatías conducto-dependientes

Afecta a 1 de cada 2000  
Afecta más a las mujeres  
Tasa de muerte sin tratamiento 30%



## Clasificación

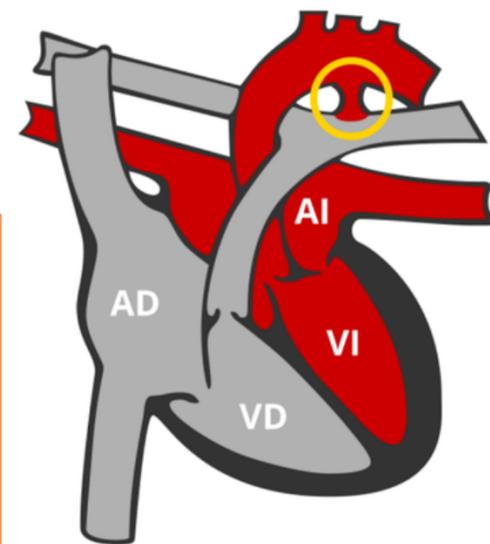
En forma de embudo con ámpula aórtica y estrechez pulmonar (75% de los casos).

Tipo ventana.

De forma tubular.

De forma oval, con estrecheces aórtica y pulmonar.

Formas raras.

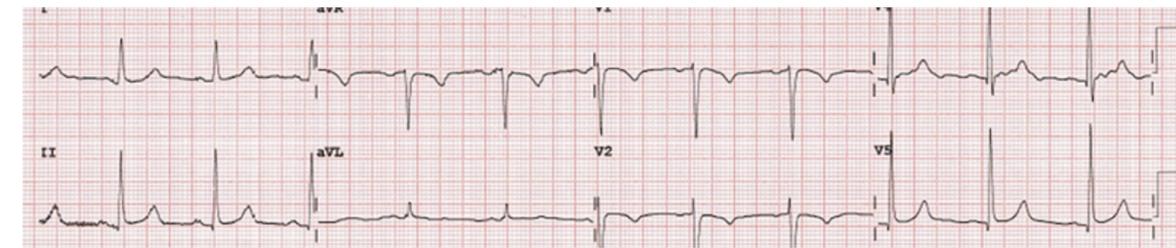


## Tratamiento

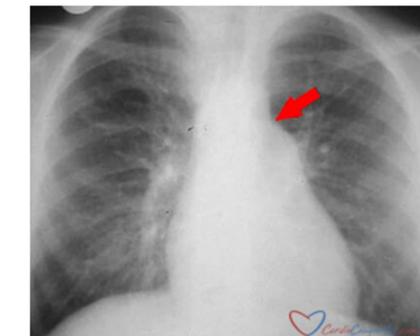
Tx medico inicial: soporte ventilatorio, restricción de líquidos y diuréticos  
IC: uso de diureticos e inotrópicos del tipo de Digoxina

## Diagnóstico

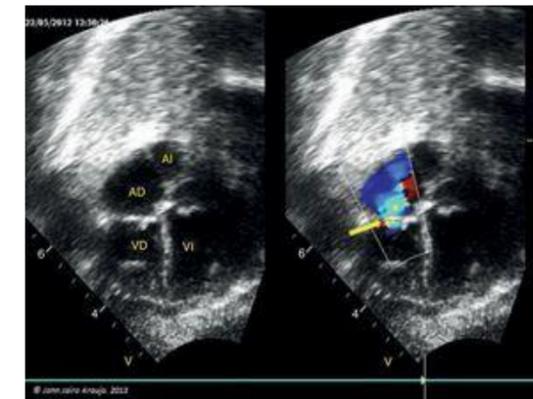
### Electrocardiograma



Radiografía de tórax: muestra el estado del corazón y los pulmones



### Eco Doppler



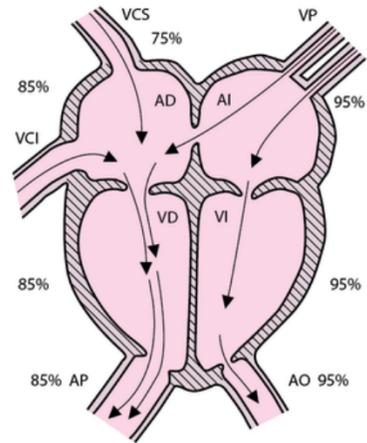
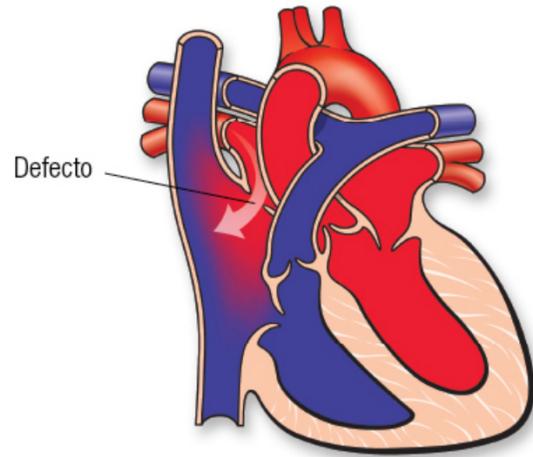
### Cateterismo cardiaco

## Fx de riesgo

- Nacimiento prematuro
- Rubeola durante el embarazo
- Afecciones genéticas

# Comunicación interauricular

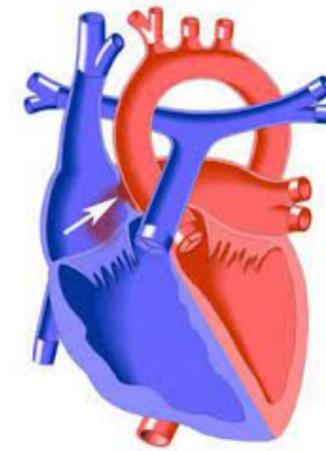
Defecto en el septo interauricular que comunica 2 aurículas entre sí



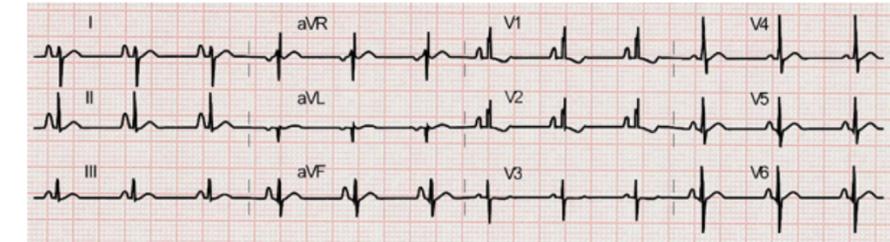
Predomina en el sexo femenino

*Clinica*

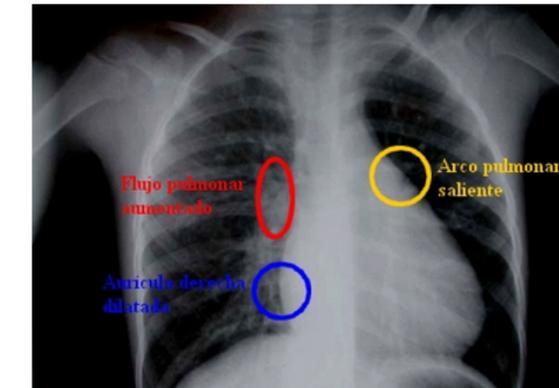
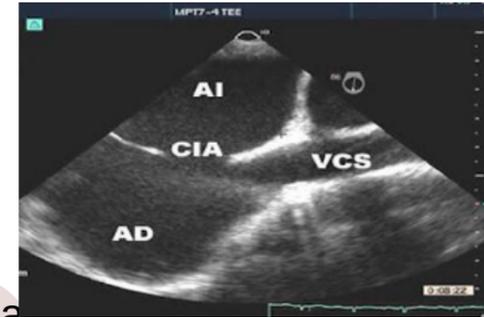
- Suelen ser síntomas en la infancia
- Se descubre por presencia de un soplo
- El hiperflujo pulmonar ocasiona infecciones de repetición
- A la oscultación del primer tono fuerte



Electrocardiograma: sobrecarga del VD con eje derecho y bloqueo incompleto de rama derecha



Ecocardiografía: técnica de elección para el diagnóstico. Es la que nos va a mostrar el defecto y que tipo es



Radiografía de tórax: signos de plétora pulmonar con hiperflujo y con el tiempo dilatación de cavidades derechas

Cateterismo: solamente para las dudas diagnósticas o para procedimientos

## Clasificación

Ostium secundum: medioseptal, las más frecuentes

Ostium primum: en la porción más baja del septo por encima de las válvulas AV

Seno venoso: cerca de la desembocadura de la cava superior o inferior

## Tratamiento

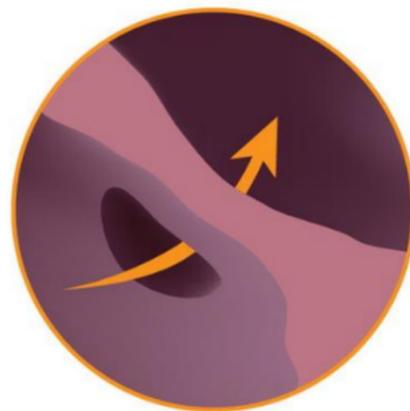
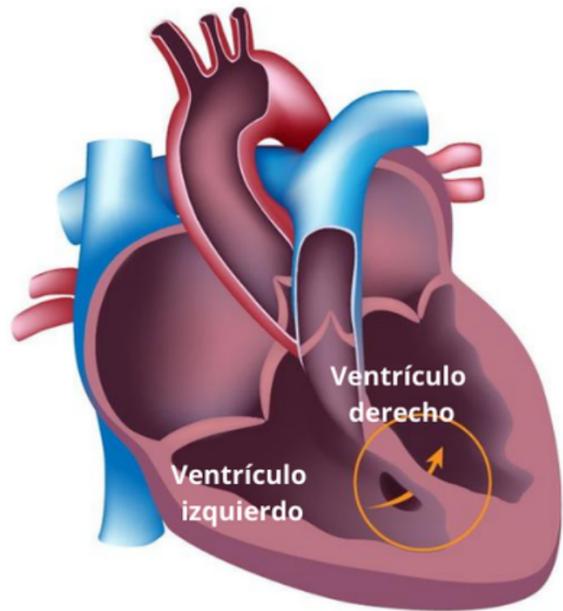
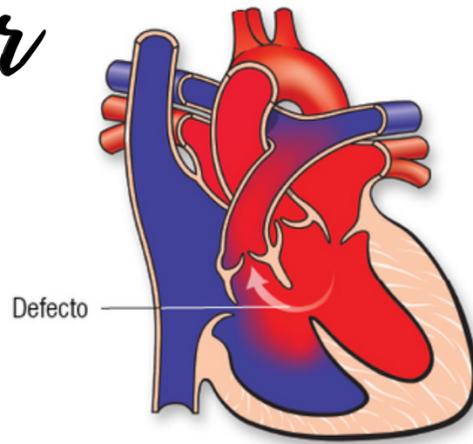
- Depende del tamaño del orificio en el corazón
- Observación, cierre transcáteter o reparación quirúrgica

## Fx de riesgo

- Consumo de alcohol durante el embarazo
- Consumo de sustancias ilícitas, como la cocaína
- Uso de ciertos medicamentos
- Lupus
- Diabetes

# Comunicación interventricular

Defecto cardiaco ocasionado por una conexión anormal entre las cavidades inferiores del corazón (ventriculos)



## Clasificación

**CIV infundibular:** orificio donde partes del septo deben unirse, justo debajo de las valvulas pulmonar y aórtica.

**CIV muscular:** orificio en la parte inferior muscular del septo ventricular

**CIV del septo de entrada:** orificio en el septo, cerca de donde la sangre entra a los ventriculos a través de las valvulas tricuspide y mitral

**CIV perimembranosa:** orificio en la sección superior del septo ventricular, el defecto se localiza por debajo de la inserción de la valva septal tricúspide

## Clinica

- Escape pulmonar
- Cuadros bronquiales
- Detección de un soplo grado III o más en la lactancia



Cardiopatía congénita mas frecuente.  
el 50% se asocian son otros defectos, mayor en prematuros.

## Diagnóstico

Electrocardiograma: patrón rsr en V2, sobrecarga sistólica del VD, desviación del eje a la izquierda



Radiografía de tórax: cardiomegalia, aumento del arco de la pulmonar crecimiento, flujo pulmonar aumentado a nivel de hilios y de parte media de los campos pulmonares

Ecocardiografía: clasificar el tipo anatómico, calcular la presión pulmonar, detectar la presencia de anomalías asociadas

Hemodinamia: mide presiones pulmonares, realiza cálculo de resistencias pulmonares, define la anatomía



## Fx de riesgo

- Nacimiento prematuro
- Síndrome de Down
- Otras afecciones genéticas

## Tratamiento

Cirujía de corazón abierto procedimiento con cateter en el primer año de vida

# Síndrome de aspiración de meconio

## Diagnóstico

Líquido amniótico con meconio

Dificultad respiratoria precoz

Radiografía compatible: atelectasia o consolidación



## Fx de riesgo

- Presencia de meconio debajo de las cuerdas vocales
- Aletraciones en el monitoreo fetal
- Cesárea
- Nacimiento domiciliario

- Leve a moderado: taquipnea, estertores, cianosis, quejido respiratorio, retracción xifoidea
- Graves: depresión, RN asfixiado, cianosis intensa, palidez

## Clinica

- Recién nacidos con signos de posmadurez
- Distress respiratorio con: marcada taquipnea, cianosis, retracción intercostal y subcostal severa, respiración abdominal, quejido, aleteo nasal
- Tórax en forma de barril
- Auscultación pulmonar revela: roncus, crepitaciones

## Tratamiento

- Ventilación mecánica
- Cateterismo umbilical
- Colocación en incubadora
- Motitorización de signos vitales
- ECMO

## meconio

Su incidencia varía entre 0,4 y 4 por 1.000 nacidos vivos (1-3)

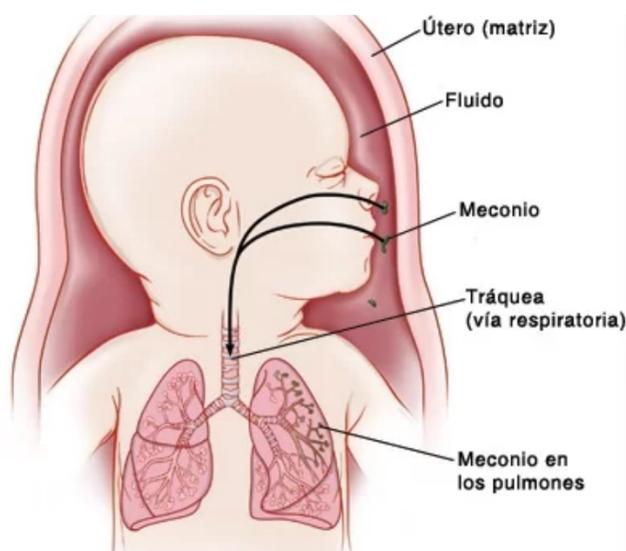


## Clasificación

Primario: presencia de LATM al romper las membranas

Secundario: transformación en el color de LA de claro a meconial durante el parto

Cuadro de dificultades respiratorias causado por la aspiración de líquido amniótico teñido de meconio dentro de la vía aérea.



# Taquipnea transitoria del RN

Trastorno respiratorio que se observa poco después del parto con mayor frecuencia en bebés que nacen antes del término o casi a término

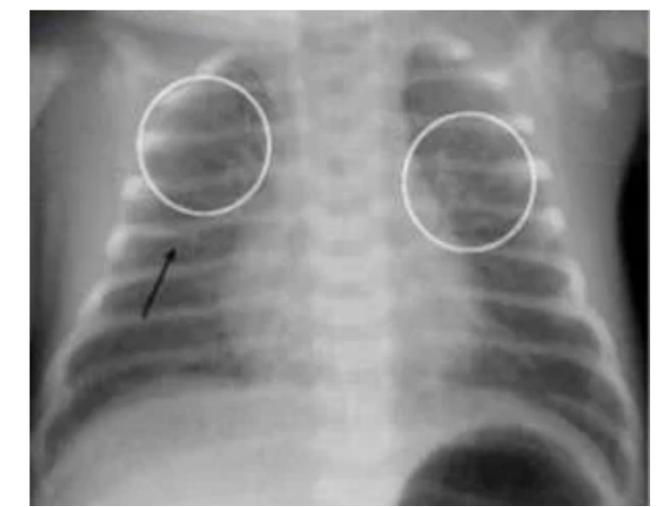
La prevalencia en México es de 10 a 20 x 1000 nacimientos y obedece a falla en la eliminación del líquido pulmonar fetal.

## Clinica

- Dificultad respiratoria
- Taquipnea (100-120 rpm)
- Aumento de la FC
- Presencia de quejido
- Cianosis
- Retracciones
- La clínica se puede agravar en las primeras 6-8 hrs

## Diagnóstico

Radiografía de tórax: aplanamiento de los hemidiafragmas, horizontalización de la parrilla costal



Gasometría: acidosis respiratoria e hipoxemia leve

## Tratamiento

- Oxigenoterapia
- Control de signos vitales
- FR menor de 60 alimentación oral
- RF 60-80 alimentación SOG
- FR mayor a 80 suspender alimentación

## Fx de riesgo en el RN

- Parto por cesarea, género masculino
- Embarzo gemelar, apgar menor a 7 al minuto
- Nacimiento a término o RNPT
- Diabetes materna



## TEST DE SILVERMAN

0 puntos: No hay dificultad respiratoria  
 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve  
 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada  
 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
expansión coordinada 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS
retraso en la inspiración 1 PUNTO	débil 1 PUNTO	poco visible 1 PUNTO	mínimo 1 PUNTO	audible con fonendoscopia 1 PUNTO
expansión descoordinada 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	audible 2 PUNTOS

# Enterocolitis necrotizante

Síndrome de lesión intestinal.

Ocurre cuando el revestimiento de la pared intestinal muere.



## Diagnóstico

Signos radiográficos

Clasificación de Bell

## Fx de riesgo

- Pretérmino
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Disbiosis
- Isquemia
- Sepsis

- Término
- Hipoxia-isquemia
- Asfixia
- Sepsis
- Hipotensión
- ECC



## Clinica

- Distención abdominal
- Intolerancia a la alimentación
- Incremento de los residuos gástricos
- Vómitos
- Hemorragia rectal
- Diarrea ocasional

## Tratamiento

- Suspensión de la alimentación enteral
- Nutrición parenteral total
- Reemplazo de líquidos y electrolitos

## ESCALA DE BELL

### ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

>90% en RN <1500 g y <32 SDG

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

## Bibliografía

- Guía de referencia rápida. Detección de cardiopatías congénitas <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/380GRR.pdf>
- Conducto arterial persistente - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (n.d.). [Www.mayoclinic.org. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/patent-ductus-arteriosus/symptoms-causes/syc-20376145#:~:text=El%20conducto%20arterioso%20persistente%20es%20una%20abertura%20constante%20que%20se](https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/patent-ductus-arteriosus/symptoms-causes/syc-20376145#:~:text=El%20conducto%20arterioso%20persistente%20es%20una%20abertura%20constante%20que%20se)
- Ramos, Jan O'neil González, Vales, Nancy González, Albernal, Eida María Mena, Moya, Elsy Roxana Geroy, Pérez, Nicolás Ramón Cruz, & Marrero, Annia Quintana. (2021). Mirada clínico epidemiológica a pacientes con cardiopatías congénitas: un estudio de evento en prioridad. *Revista Finlay*, 11(1), 41-50. Epub 31 de marzo de 2021.
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342021000100041&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000100041&lng=es&tlng=es).
- default - Stanford Medicine Children's Health. (n.d.). [Www.stanfordchildrens.org. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=atrialseptaldefectasd-90-P04869](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=atrialseptaldefectasd-90-P04869)
- Giraldo, M., et al. (2020). Factores de riesgo para cardiopatías congénitas: Estudio caso control. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/51808>.
- Maestro, C. (2016). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Diagnóstico y Tratamiento de la TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO Evidencias y Recomendaciones. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/044GER.pdf>
- Bonilla Cabana, E., Ramírez Sandí, L., Rojas Masís, P., Zúñiga Alemán, B., Bonilla Cabana, E., Ramírez Sandí, L., Rojas Masís, P., & Zúñiga Alemán, B. (2020). Enterocolitis necrotizante. *Medicina Legal de Costa Rica*, 37(2), 63–70. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152020000200063](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000200063)