



**Jhonatan Gamaliel Vazquez Cruz**

**Rosvani Margine Morales Irecta**

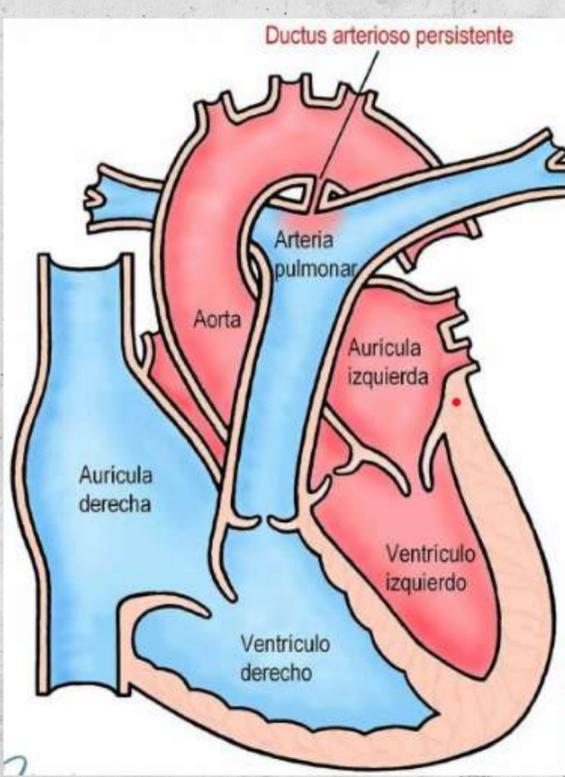
**Flash Cards**

**Crecimiento y desarrollo**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**3**

**B**



**El conducto arterioso persistente es una abertura constante que se encuentra entre los dos vasos sanguíneos principales que salen del corazón**

**Síntomas:** dependen:

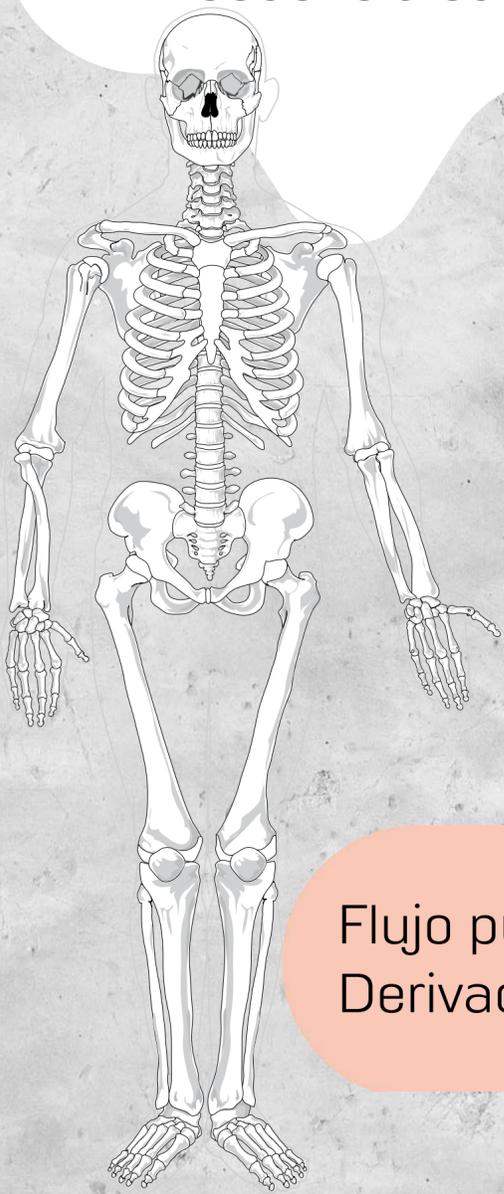
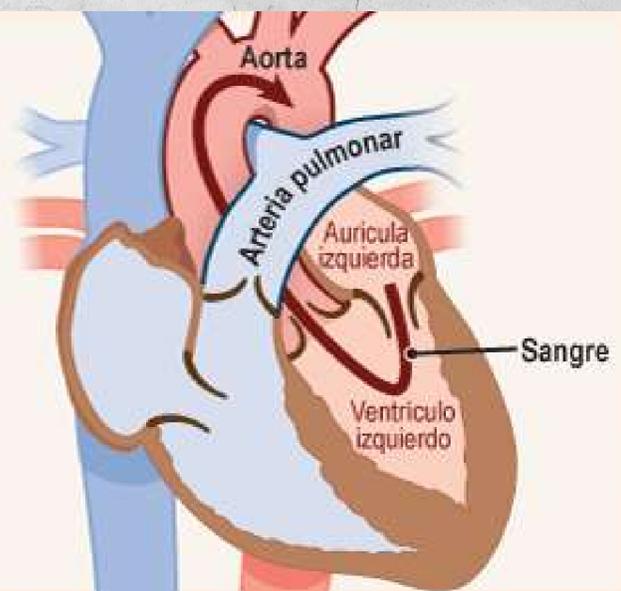
- Tamaño de la apertura
- Edad de la persona

## CONDUCTO ARTERIOSO

Conducto arterioso persistente grande que se encuentra durante la infancia o la niñez puede causar lo siguiente:

- Mala alimentación, que lleva a un crecimiento deficiente.
- Sudoración al llorar o comer.
- Respiración acelerada o falta de aliento persistentes.
- Cansancio rápido.
- Frecuencia cardíaca acelerada.

Interior de un corazón sano



Factores de riesgo:

- Nacimiento prematuro
- Rubéola durante el embarazo
- Nacimiento a una altura elevada
- Sexo femenino

Característica:

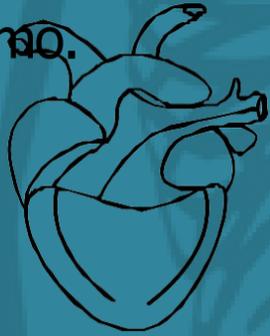
Flujo pulmonar aumentado  
Derivación de izquierda a derecha (aorta-arteria pulmonar)

# COMUNICACIÓN Interauricular



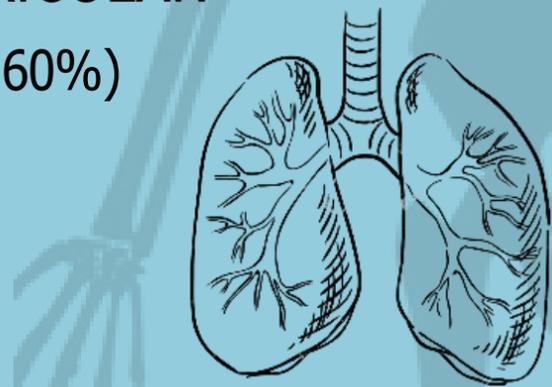
Defecto en el cierre completo en el tabique auricular, que es el que separa ambas aurículas, quedando éstas comunicadas entre sí a través del mismo.

Durante la etapa embrionaria no se completa la separación entre ambas cámaras.



## TIPOS DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

1. CIA ostium secundum (La más frecuente, 60%)
2. CIA ostium primum (20%)
3. CIA venosa superior (15%)
4. CIA venosa inferior (Raro)
5. CIA seno coronario (Raro)



El corazón fetal normal tiene un orificio (denominado «agujero oval») entre las aurículas izquierda y derecha. Este defecto mide 3-4 mm de diámetro, por regla general, aunque esta medida es muy variable. La fosa oval debe cerrarse poco a poco en fase postnatal, completándose el proceso generalmente hacia los 2 años de edad. Si no se cierra totalmente, el problema se denomina CIA tipo ostium secundum.

## CAUSAS

Se atribuye, fundamentalmente, a causas genéticas de momento no identificadas.

## SÍNTOMAS Y SINTOMAS

- Soplo cardíaco.
- Disnea.
- Sensación de taquicardia.

A menos que el agujero en el corazón sea muy grande, una CIA no suele causar síntomas.

## TRATAMIENTO

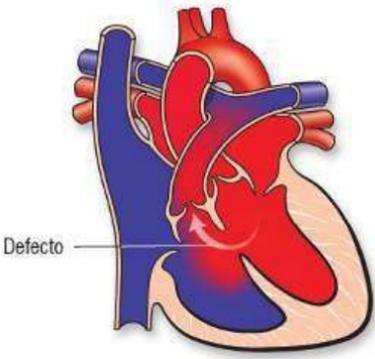
La intervención quirúrgica consiste en tapar el orificio con un parche. Algunos médicos utilizan un procedimiento de cateterización cardíaca. En este procedimiento, se realiza por la vena femoral y se emplean pequeños dispositivos denominados «dispositivos oclusores» para cerrar el orificio.

### Cierre de CIA por cateterismo



# COMUNICACIÓN Interventricular

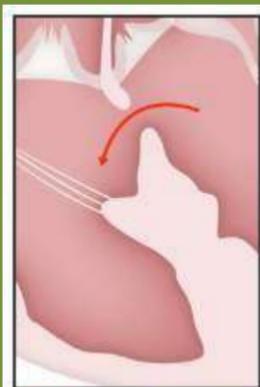
Defecto septal ventricular



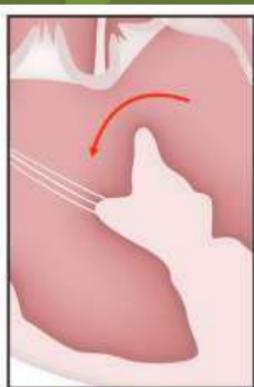
La comunicación interventricular es un defecto que se produce durante el embarazo si la pared que se forma entre los dos ventrículos no se desarrolla completamente y queda un orificio en ella. Una CIV es una de las cardiopatías congénitas que se conoce como "un agujero en el corazón", y es la forma más habitual de defecto cardiaco congénito cardiaco.

## TIPOS DE COMUNICACION INTERVENTRICULAR

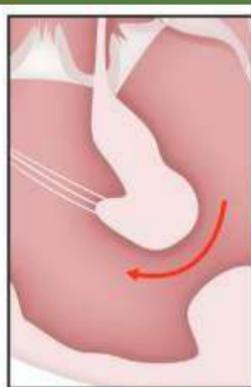
- Las CIV membranosas o perimembranosas son las más frecuentes (situadas cerca de la válvula tricúspide).
- Las CIV musculares (localizadas en el septo muscular).
- Las CIV subpulmonares.
- Las CIV tipo canal.



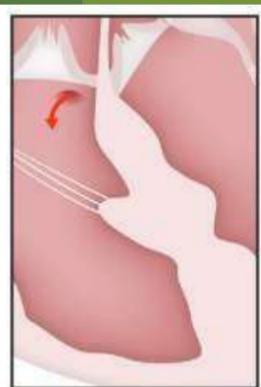
Perimembranous



Subarterial infundibular



Muscular



Atrioventricular canal

## COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES NO RESTRICTIVAS

La sangre fluye fácilmente a través de defectos más grandes; la presión se iguala entre los ventrículos derecho e izquierdo y hay un gran cortocircuito izquierda-derecha. Causa hipertensión pulmonar, aumento de resistencia vascular pulmonar, sobrecarga de presión ventricular derecha e hipertrofia del ventrículo derecho. Con el consiguiente síndrome de Eisenmenger.

## COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES RESTRICTIVAS

Son defectos más pequeños, limitan el flujo de sangre y la transmisión de alta presión a las cavidades cardíacas derechas. Las comunicaciones interventriculares pequeñas producen un cortocircuito izquierda-derecha relativamente pequeño, y la presión en la arteria pulmonar es normal o mínimamente elevada.



SE MANIFIESTA CON DISTRÉS RESPIRATORIO Y ES PRODUCIDO POR LA ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO CON MECONIO INTRA ÚTERO O PARTO.

# SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO

## Factores de riesgo

Hipoxia, FCF anormal, embarazo prolongado y complicaciones durante el embarazo.

## Fisiopatología

- Evacuación de meconio,
- Aspiración de meconio,
- Obstrucción de la vía aérea (parcial o total),
- Atelectasias o hiperinsuflación pulmonar
- Neumonitis química.

## Signos-sintomas

Dependen de la severidad del SAM, son progresivos, el niño presenta depresión respiratoria con escaso esfuerzo respiratorio acompañado de taquipnea, aleteo nasal, retracción intercostal, cianosis, tono muscular disminuido; el líquido amniótico se presenta verdoso y espeso.

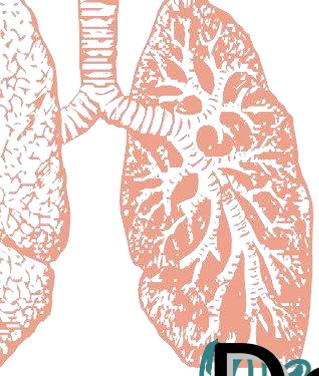
## Diagnostico

Sospechase ante un distrés respiratorio en neonato con hipoxia intra parto que preciso de reanimación observándose meconio en tráquea e impregnación en piel y cordón umbilical.

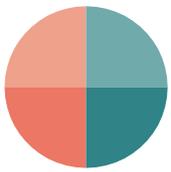


## Tratamiento

Ventilación mecánica, cateterismo umbilical, colocar en incubadora, aspiración endotraqueal, posición trendelenburg, monitorización de signos vitales, antibióticos.



# Taquipnea Transitoria



Del recién nacido

## Definición

Es el resultado de la eliminación tardía del líquido pulmonar fetal. Es un trastorno benigno y autolimitado. Los síntomas se resuelven en un periodo de 12-24 horas.

## Fisiopatología

Para realizar la transición a respiración de aire en el nacimiento, los pulmones deben cambiar de modalidad secretora, que produce el líquido pulmonar fetal necesario para el crecimiento y desarrollo de los pones dentro del útero, a una modalidad de absorción. El estímulo adrenérgico y otros cambios que se producen cerca del momento del parto provocan el transporte pasivo de sodio a través de los canales epiteliales de sodio, seguido de su transporte hacia el intersticio a través de la Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPasa basolateral y del movimiento pasivo de cloro y agua en diversas vías paracelulares e intracelulares. Posteriormente, el líquido pulmonar intersticial se acumula en los manguitos perivasculares de tejido y las fisuras interlobulares.

## Cuadro clínico

Los recién nacidos a término o pretérmino tardío presentan:

- ✓ taquipnea en las primeras 6 horas de vida.
- ✓ dificultad respiratoria
- ✓ FR: 60-120rpm
- ✓ aleteo nasal
- ✓ tiraje intercostal/subcostal
- ✓ Cianosis

## Tratamiento

- ✓ ATB terapia empírica de persistir cuadro 48hrs
- ✓ Confort térmico
- ✓ Suplementos de O<sub>2</sub> según necesidades
- ✓ CPAP en casos moderados a graves
- ✓ Sonda NSG ante aumento de trabajo respiratorio

# ENTEROCOLITIS NECROSANTE

Se presenta 2% de ingresos UCIN/2% muertes RN prematuros 30% mortalidad (niño c/enf establecida) la mayoría prematuros. RN de termino: 10%7 Suele iniciar durante 1-2sVEL

1. Factores de Riesgo RN: Prematurez, Asfixia perinatal, Cateterismo umbilical, Dificultad respiratoria (enf membranosa hialina), Cardiopatía bajo gasto.

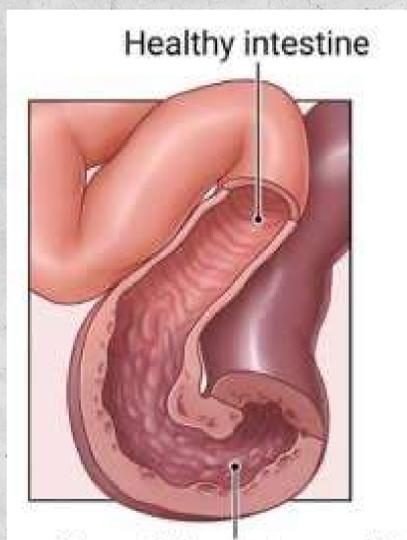
2. Factores Riesgo Maternos: Sufrimiento fetal, Ruptura prematura membranas, Infección materna (IVU, cervicovaginitis)

Gérmenes relacionados:  
E. coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, S aureus (venodisección), Streptococcus, Clostridios, Rotavirus

Diagnóstico:  
Rx abdomen: edema interasa, asas dilatadas, neumatosis  
Gas: acidosis metabólica

BH: Lencopenia / leucocitosis

Tratamiento:  
Ayuno, SOG, Líquidos IV a requerimientos, corrección equilibrio A/B, antibióticos: ampicilina/amikacina/ clindamicina



Cuadro Clínico:

Inestabilidad térmica (hipotermia).

Letargo, irritabilidad, persistencia de residuo gástrico  
Distensión abdominal, vómitos. Sangre en heces, apnea, signos clínicos