



FLASH CARDS

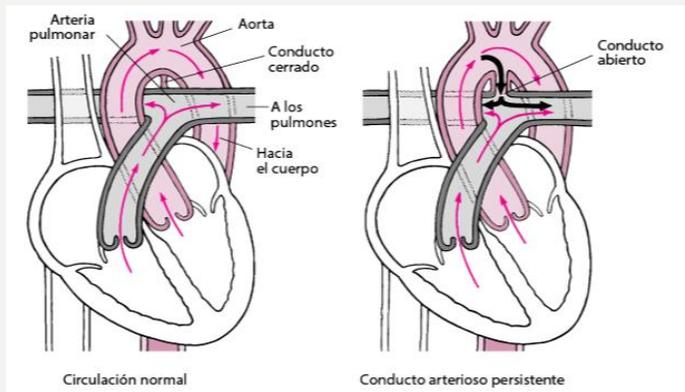
Docente: Rosvani Margine Morales Irecta
Marvin López Roblero
crecimiento y desarrollo
3ro "B"

CARDIOPATÍAS

En el conducto arterioso persistente, el vaso sanguíneo que conecta la arteria pulmonar y la aorta (conducto arterial) no se cierra como lo hace normalmente nada más nacer.

El conducto arterial es un vaso sanguíneo que conecta las dos arterias de gran calibre que emergen del corazón, la arteria pulmonar y la arteria aorta.

- El conducto arterial persistente es un defecto cardíaco que se produce cuando el canal normal situado entre la arteria pulmonar y la aorta en el feto no se cierra al nacer.



Síntomas del conducto arterioso persistente

Un conducto arterioso persistente (CAP) pequeño a menudo no causa ningún síntoma. Cuando un conducto arterioso persistente es mayor, puede causar una respiración rápida o dificultosa, especialmente en los lactantes prematuros con pulmones inmaduros. La presión arterial puede ser baja. Algunos lactantes tienen dificultad para alimentarse y falta de crecimiento.

Diagnóstico del conducto arterioso persistente

- Ecocardiografía

Los doctores sospechan a menudo un conducto persistente si escuchan un cierto tipo de soplo cardíaco mientras auscultan con un estetoscopio.

La ecocardiografía (ecografía del corazón) confirma el diagnóstico.

Se suelen realizar una electrocardiografía (ECG) y una radiografía de tórax. Los resultados pueden ser normales o pueden mostrar un corazón agrandado.

tratamiento

Para cerrar un conducto arterioso persistente se administra indometacina o ibuprofeno. Son más eficaces en los primeros 10 días después del nacimiento y más eficaz en recién nacidos prematuros.

Si el conducto arterioso persistente no se cierra después de varias dosis, se puede practicar un cateterismo o una cirugía si existen signos de que está dañando los pulmones y el corazón.

Si un conducto arterioso persistente está todavía abierto en el momento en que el lactante cumple 1-2 años de edad, es muy poco probable que se cierre por sí solo. En ese momento, los médicos suelen recomendar un procedimiento para cerrar el conducto arterioso persistente con el objeto de eliminar el riesgo de endocarditis.

CARDIOPATÍA INTERAURICULAR

Una comunicación interauricular (CIA) es una solución de continuidad en el tabique interauricular que causa un cortocircuito izquierda-derecha y sobrecarga de volumen de la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

Es frecuente auscultar un soplo mesosistólico suave en la parte superior del borde esternal izquierdo con desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido cardíaco (S2).

Clasificación

Las comunicaciones interauriculares se clasifican según la localización:

Ostium secundum: defecto en la fosa oval - en la parte central (o el medio) del tabique interauricular

Seno venoso: defecto en la parte posterior del tabique, adyacente a la vena cava superior o la vena cava inferior, asociado frecuentemente con anomalía del retorno de las venas pulmonares derechas superior o inferior a la aurícula derecha o la vena cava

Ostium primum: defecto en la parte anteroinferior del tabique, una forma de defecto del tabique auriculoventricular (defecto de las almohadillas endocárdicas)

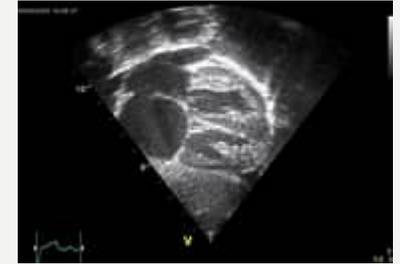
Síntomas y signos

La mayoría de los pacientes con comunicaciones interauriculares pequeñas o moderadas son asintomáticas. Incluso las CIA grandes pueden no causar síntomas en niños pequeños. Los cortocircuitos más grandes pueden causar ganancia de peso lenta en la primera infancia e intolerancia al ejercicio, disnea de esfuerzo, cansancio/o palpitaciones en pacientes mayores.



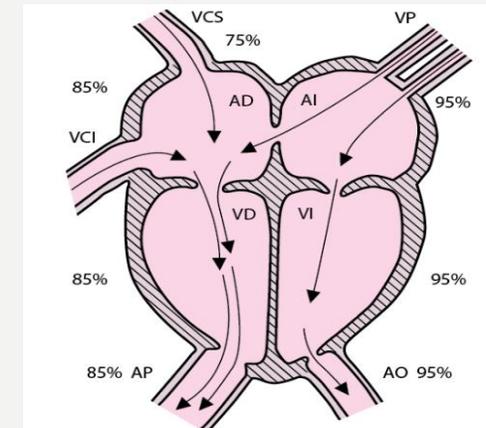
Diagnostico

- Radiografía de tórax y ECG
- Ecocardiografía

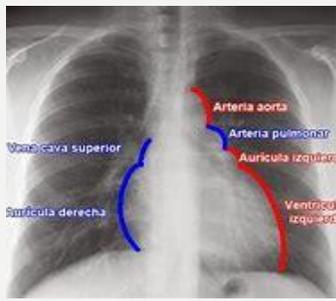


Tratamiento

Observación, cierre transcáteter o reparación quirúrgica



COMUNICACIÓN INTERVENTRÍCULAR



Una comunicación interventricular (CIV) es una solución de continuidad en el tabique interventricular que causa un cortocircuito entre los ventrículos. Los defectos grandes provocan un cortocircuito izquierda-derecha significativo, con disnea durante la alimentación y escaso crecimiento durante la lactancia. Es frecuente auscultar un soplo holosistólico intenso y áspero en la parte inferior del borde esternal izquierdo.

Clasificación

La mayoría de las comunicaciones interventriculares se clasifican según la localización:

- Perimembranoso (también llamado conoventricular)
- Muscular trabecular
- Del tracto de salida subpulmonar (supracristal, conoseptal o subarterial doblemente relacionada)
- Entrada (tipo septal auriculoventricular, tipo de canal auriculoventricular)

Signos y síntomas

Los síntomas dependen del tamaño de la comunicación y la magnitud del cortocircuito izquierda-derecha. Los niños con una comunicación interventricular pequeña suelen ser asintomáticos y su crecimiento y desarrollo son normales. En aquellos con una comunicación más grande, aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca. a las 4-6 semanas, cuando cae la resistencia vascular pulmonar. Puede haber infecciones frecuentes de las vías respiratorias inferiores.

Diagnóstico

Radiografía de tórax y ECG
Ecocardiografía

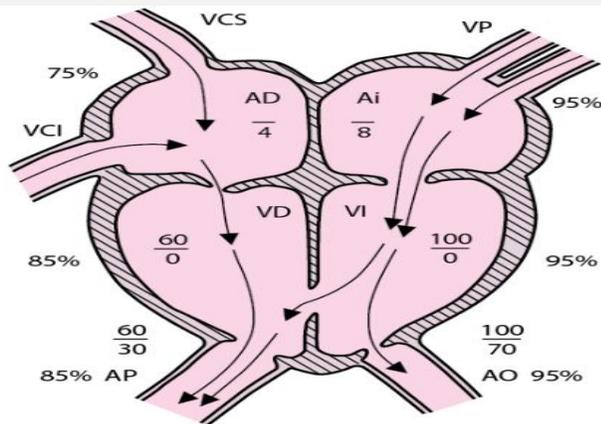
El examen físico de la comunicación interventricular sugiere el diagnóstico, que es avalado por la radiografía de tórax y el ECG y confirmado por ecocardiografía

Si la comunicación interventricular es grande, la radiografía de tórax muestra cardiomegalia y aumento de la trama vascular pulmonar. El ECG revela hipertrofia ventricular derecha o hipertrofia ventricular combinada y, en ocasiones, hipertrofia auricular izquierda. Por lo general, el ECG y la radiografía de tórax son normales si la comunicación interventricular es pequeña.

Tratamiento

- En caso de insuficiencia cardíaca, tratamiento médico (p. ej., diuréticos, digoxina, inhibidores de la ECA)
- En ocasiones reparación quirúrgica

Las comunicaciones interventriculares pequeñas (< 5 mm), en particular comunicaciones musculares, suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros años de vida. Una comunicación pequeña que permanece abierta no requiere tratamiento médico ni quirúrgico.



SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

¿Qué es? El síndrome de aspiración meconial se produce cuando un feto inhala líquido amniótico lleno de meconio. La inhalación de líquido amniótico simple no es dañina. Pero, si el líquido contiene meconio, este puede obstruir los conductos de aire de su bebé e irritar sus pulmones.

síntomas



Los síntomas son:

- Respiración rápida
- Aspecto como de estar haciendo un esfuerzo importante para respirar
- Resoplidos al espirar
- Piel azulada debida a las bajas concentraciones de oxígeno en sangre



- Respiración rápida
- Aspecto como de estar haciendo un esfuerzo importante para respirar
- Resoplidos al espirar
- Piel azulada debida a las bajas concentraciones de oxígeno en sangre

¿Cómo pueden saber los médicos si mi bebé sufre síndrome de aspiración meconial?

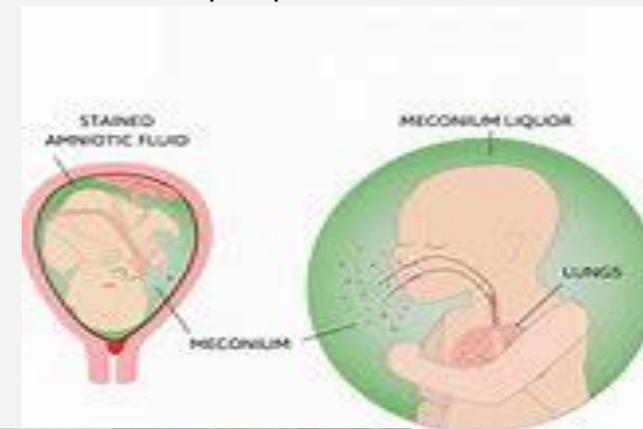
Los médicos sospechan la presencia de síndrome de aspiración de meconio si hay meconio en el líquido amniótico cuando su bebé nace y su bebé tiene problemas respiratorios. Los médicos también pueden hacer:

- Radiografía de tórax



tratamiento

- Aspiración para extraer el meconio que obstruye la boca, la nariz y la garganta de su bebé
- Un tubo de respiración en la tráquea del bebé; el bebé también puede necesitar un dispositivo CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias) o un ventilador para ayudarlo a respirar
- Antibióticos para prevenir infección



TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

¿Qué es? La taquipnea transitoria del recién nacido afecta a recién nacidos prematuros, de término nacidos por cesárea electiva sin trabajo de parto y recién nacidos con depresión respiratoria, todos los cuales pueden presentar un retraso en la eliminación del líquido pulmonar fetal. La taquipnea transitoria del recién nacido consiste en dificultad respiratoria transitoria causada por reabsorción diferida de líquido pulmonar fetal.

Síntomas

La taquipnea transitoria del recién nacido se sospecha cuando el lactante presenta dificultad respiratoria poco después del nacimiento.

Los síntomas incluyen taquipnea, retracción intercostal y subcostal, quejido, aleteo nasal y posible cianosis.



Diagnóstico

- Radiografía de tórax
- Hemograma completo y hemocultivos

En condiciones normales, la radiografía de tórax muestra insuflación o hiperinsuflación pulmonar con trama perihiliar irregular, lo que da el aspecto de un borde cardíaco desflechado, mientras que la periferia de los pulmones es nítida. A menudo, se observa el líquido en las cisuras pulmonares.



Tratamiento

- Oxígeno

El tratamiento de la taquipnea transitoria del recién nacido es sintomático y consiste en administrar oxígeno y control de gases en sangre arterial u oximetría de pulso

Por lo general, la recuperación tiene lugar en el término de 2 a 3 días.



ENTEROCOLITIS NECROSANTE/NECROTIZANTE

¿Qué es? La enterocolitis necrosante es una enfermedad adquirida que afecta sobre todo a recién nacidos pretérmino o enfermos, caracterizada por necrosis de la mucosa o, incluso, de capas más profundas del intestino. Es la urgencia digestiva más frecuente en los recién nacidos.



Factores de riesgo

Los factores de riesgo generales para la enterocolitis necrosante además de la prematurez incluyen

- Rotura prolongada de membranas con amnionitis
- Asfixia en el nacimiento
- Recién nacido pequeño para la edad gestacional
- Cardiopatía congénita
- Anemia
- Exanguinotransfusiones
- Alteración del microbioma intestinal (disbiosis)
- Alimentación con leche no humana

Tres factores intestinales suelen estar presentes:

- Una lesión isquémica anterior
- La colonización bacteriana
- El sustrato intraluminal (es decir, la alimentación enteral)

Tratamiento

- Interrupción de la alimentación
- Aspiración nasogástrica
- Reposición hídrica
- Antibióticos de amplio espectro
- Nutrición parenteral total (NPT)
- En ocasiones cirugía o drenaje percutáneo

Síntomas

Los recién nacidos pueden presentar dificultades alimentarias, residuo gástrico sanguinolento o bilioso (posprandial) que puede progresar a vómitos biliosos, íleo manifestado por distensión abdominal, o sangre macroscópica en materia fecal. La sepsis puede manifestarse por letargo, inestabilidad térmica, aumento de los episodios de apnea y acidosis metabólica.



Prevención

Los lactantes en riesgo deberían ser alimentados con leche materna, comenzar con pequeñas cantidades y aumentar gradualmente. Deben evitarse leches artificiales hipertónicas, fármacos o material de contraste. La anemia, las bajas saturaciones de oxígeno y la policitemia deben tratarse de inmediato.

Diagnóstico

- Detección de sangre en materia fecal
- Radiografías de abdomen
- Ecografía



Bibliografía:

[Conducto arterial persistente - Salud infantil - Manual MSD versión para público general \(msdmanuals.com\)](#)

[Comunicación interauricular \(CIA\) - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#)

[Comunicación interventricular \(CIV\) - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#)

[Datos clave: Síndrome de aspiración meconial - Manual MSD versión para público general \(msdmanuals.com\)](#)

[Taquipnea transitoria del recién nacido - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#)

[Enterocolitis necrosante - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#)