



**Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincon Galindo**

**Nombre del profesor: Rosvani
Margine Morales Irecta**

Nombre del trabajo: Flash Cards

Materia: Crecimiento Y Desarrollo

Grado: 3

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre del 2023.

Aspiración de meconio

¿Qué es el meconio?

son las primeras heces de un recién nacido. Estas heces pegajosas, densas y de color verde oscuro están formadas por células, proteínas, grasas y secreciones intestinales, como la bilis.

¿Qué es el síndrome de aspiración de meconio?

ocurre cuando un recién nacido tiene problemas para respirar porque el meconio le ha entrado en los pulmones.

Causas del síndrome de aspiración de meconio

ocurre cuando un bebé se estresa y boquea cuando aún está dentro del vientre materno, o poco después de nacer, al hacer sus primeras inspiraciones.

¿Cuáles son los signos y los síntomas del síndrome de aspiración de meconio?

Antes del nacimiento del bebé o durante el mismo, los médicos pueden percibir uno o más de estos signos:

- El líquido amniótico está manchado de meconio (verde)
- El bebé está manchado de meconio.
- El bebé tiene problemas para respirar
- El bebé está flácido.

¿Cómo se diagnostica el síndrome de aspiración de meconio?

Los médicos diagnostican síndromes de aspiración de meconio en cualquier bebé que nazca con problemas respiratorios y cuyo líquido amniótico esté manchado de meconio y no haya otra causa que pueda explicar sus problemas respiratorios. Una radiografía del tórax (o pecho) puede confirmar el diagnóstico.

¿Cómo se trata el síndrome de aspiración de meconio?

Un bebé con un síndrome de aspiración de meconio grave puede necesitar más tratamiento, como:
surfactante, para ayudarlo a abrir los pulmones
óxido nítrico inhalado. Este gas se añade al oxígeno a fin de abrir los vasos sanguíneos y mejorar el reparto de oxígeno.
oxigenación por membrana extracorpórea. La máquina de OMEC, usando una bomba que funciona como el corazón, bombea sangre procedente del cuerpo a través de un pulmón

Taquipnea transitoria del recién nacido

¿Qué es la taquipnea transitoria del recién nacido?

Algunos recién nacidos tienen una respiración muy rápida o laboriosa durante las primeras horas de vida debido a una afección conocida como taquipnea transitoria.

Causas

un feto en proceso de desarrollo no usa los pulmones para respirar; todo el oxígeno procede de los vasos sanguíneos de la placenta.

¿Quiénes pueden desarrollar una taquipnea transitoria del recién nacido?

bebés prematuros, porque sus pulmones aún no están completamente desarrollados al nacer
bebés que nacen en partos vaginales rápidos o **cesáreas** sin trabajo de parto. Al no atravesar los cambios hormonales habituales que acompañan al trabajo del parto, no tienen tiempo para absorber mucho líquido de los pulmones.
bebés cuyas madres tienen diabetes

Signos y los síntomas

Entre los síntomas de la taquipnea transitoria del recién nacido, se incluyen los siguientes:

- respiración muy rápida y laboriosa de más de 60 respiraciones por minuto
- sonidos que recuerdan a los gruñidos cuando el bebé espira (o exhala)
- fosas nasales que se ensanchan o cabeceo (mover la cabeza hacia arriba y hacia abajo)
- la piel que hay entre las costillas o debajo de la caja torácica se retrae hacia dentro en cada respiración (lo que se conoce como "retracciones")
- piel azulada alrededor de la boca y de la nariz (llamada "cianosis")

¿Cómo se diagnostica?

- Radiografía de pecho (o tórax)**
- Oximetría de pulso**
- Hemograma completo**

¿Cómo se trata la taquipnea transitoria del recién nacido?

son controlados atentamente y pueden tener que ingresar en la **unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN)**.

- Ayuda respiratoria
- Nutrición

Guías para el manejo clínico de las cardiopatías congénitas más frecuentes

Persistencia del Conducto Arterioso (PCA)

Es la anomalía cardiovascular que más frecuentemente ocurre en México y ocupa el primer lugar en frecuencia la experiencia del HIMFG de 1958 al 1996 se intervinieron quirúrgicamente 1261 casos con una mortalidad baja (0.8%).

Anatomía

El conducto arterioso es una estructura que forma parte de la circulación fetal normal, en condiciones normales cierra espontáneamente en las primeras 24-36 horas de vida.

Fisiología

A través de la PCA se establece un corto-circuito de izquierda a derecha entre Aorta y la Arteria Pulmonar (AP) lo que produce un aumento en el gasto pulmonar directamente proporcional al calibre e inversamente proporcional a las resistencia vascular pulmonar (RVP).

Manifestaciones

Estas dependen de varios aspectos, tamaño del conducto, edad del paciente, defectos asociados, enfermedad concomitante, etc.

Ecocardiogram

Este estudio es el de elección para el diagnóstico del defecto y para evaluar las características anatómicas esenciales para definir la modalidad de tratamiento (cardiología intervencionista vs. quirúrgico).

Evolución

Algunas de las PCA de pequeño calibre del neonato normal pueden cerrar espontáneamente en el curso del 1er. año de edad.

Tratamiento

En la actualidad hay varias alternativas de tratamiento, es necesario tomar en cuenta aspectos individuales del enfermo para optar por la mejor.

Conducto arterioso persistente tipo ventana: manejo quirúrgico

¿Qué es el conducto arterioso?

es una estructura vascular que se extiende desde la bifurcación de la rama pulmonar izquierda hasta la aorta descendente, distal al nacimiento de la arteria subclavia izquierda.

Clasificación

El CAP ha sido clasificado por Krichenko en 5 grupos:

- A. En forma de embudo con ámpula aórtica y estrechez pulmonar (75% de los casos).
- B. Tipo ventana.
- C. De forma tubular.
- D. De forma oval, con estrecheces aórtica y pulmonar.
- E. Formas raras.

El conducto tipo ventana

difiere del tipo usual de CAP en que la luz de la arteria pulmonar se comunica directamente con la aorta sin que exista extensión del ducto y en que las paredes arteriales se encuentran en estrecha aposición.

pacientes con terapia médica fallida y con anatomía

Que no permite el uso de ocluidores se debe realizar manejo quirúrgico, donde las tasas de éxito alcanzan el 95% con un riesgo de mortalidad de entre el 1-2%

pacientes mayores de un mes

prefiere el cierre por métodos percutáneos con tasas de éxito de alrededor del 90%.

Morfológicamente

oclusión del CAP tipo A es la que menores dificultades ofrece la colocación del dispositivo ocluidor se adapta a la forma cónica de base hacia la luz aórtica y se puede anclar adecuadamente en la luz pulmonar

El abordaje quirúrgico videoasistido

se ha utilizado para realizar el cierre del CAP; sin embargo, autores como Giroud no lo recomiendan en ductus con radios mayores de 2,5 mm o en los tipos ventana, en los cuales se debe realizar el abordaje quirúrgico.