



**Diana Citlali Cruz Rios**

**Dra. Rosvani Margine Morales**  
**Irecta**

**Flashcard**

**PASIÓN POR EDUCAR**


**Unidad 4**

**Crecimiento Y Desarrollo**

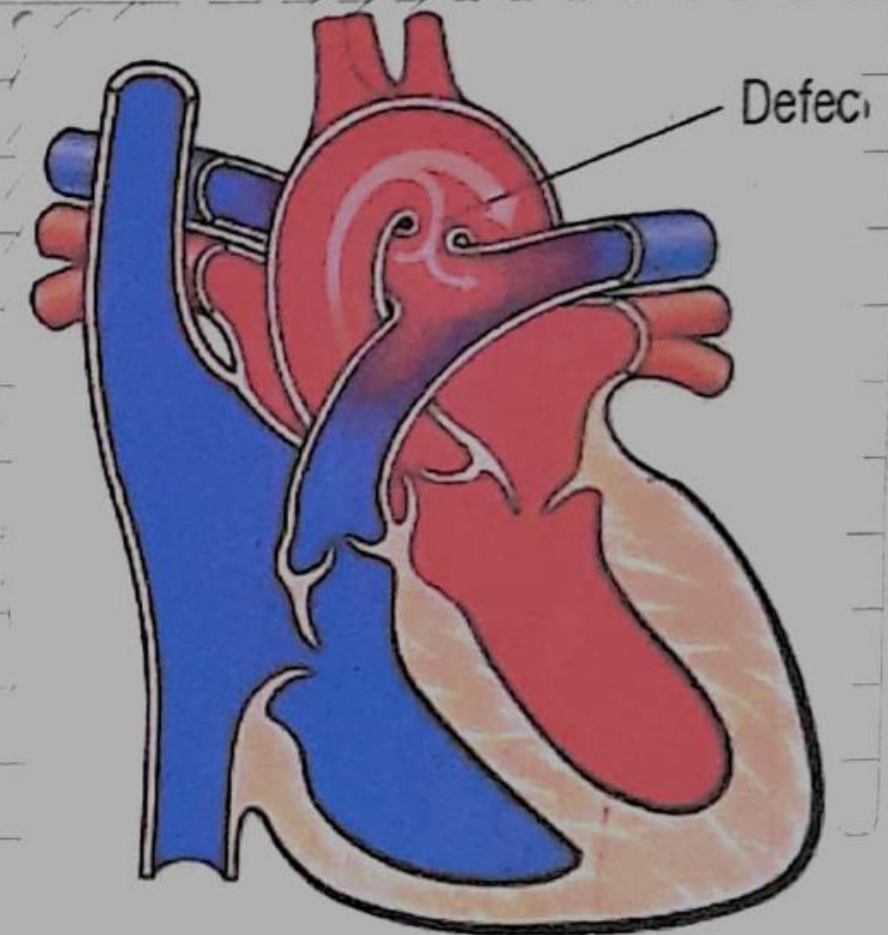
**3° “C”**

Comitán De Domínguez Chiapas a 15 de diciembre del 2023

# PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

Abertura constante que se encuentra entre los 2 vasos sanguíneos del 

El conducto arterioso es una parte del sist. de flujo sanguíneo para los bebés que aún están en útero → Suele cerrarse 24-36 hrs postnacimiento → Si no cierra = CAP.



# CLINICA

Depende de tamaño del conducto y edad.

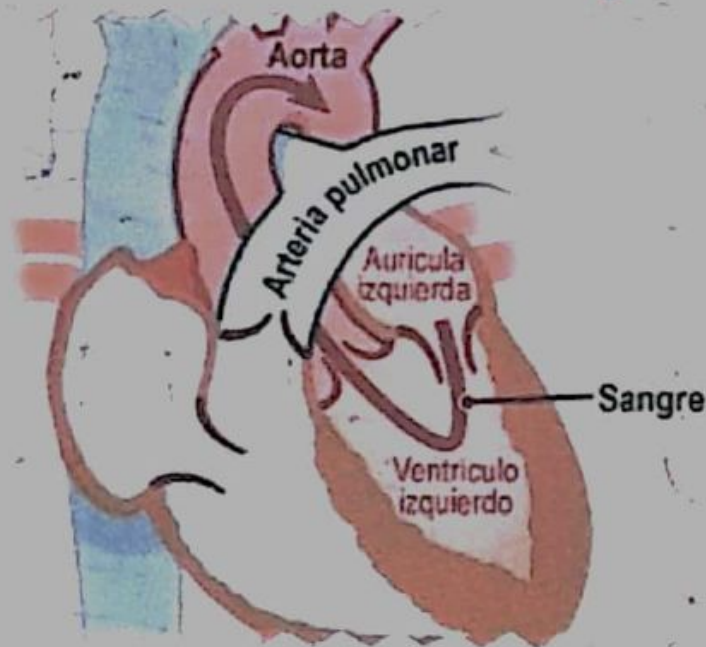
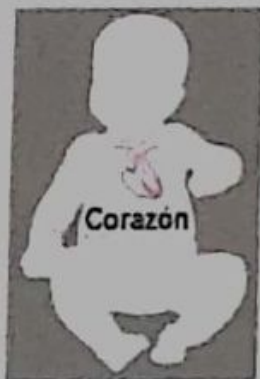
## \* Corto circuito grande >

- Desarrollo de insf. Cardíaca, con retraso en el desarrollo.
- Diaforesis.
- Fatiga al alimentarse.
- Taquipnea.

◦ Se puede auscultar un soplo continuo en 2<sup>o</sup> EI


◦ En el niño mayor la PCA puede ser bien tolerado y tenerlo como único hallazgo.

Interior de un corazón sano





# DIAGNOSTICO

- Radiografía del tórax →  Cardiomegalia variable, arteria pulmonar y ↑ de vascularidad pulmonar.
- Ecocardiograma: De elección, elevc observar características anatómicas para definir el tx.



# TRATAMIENTO

\* Prematuro con o/s secundario al conducto arterioso y sin contraindicaciones hematológicas, gastrointestinales:

- Inhibidores de prostaglandinas (Indometocina, ibuprofen)

- Manejo anti-congestivo con digoxina, diuréticos (clorotiazida o furosemide).

\* Prematuros de muy bajo peso o contraindicados:

- Candidatos al cierre quirúrgico de la VCI.

\* PDA mayores:

- Quirúrgico → Toracoscopia video asistida o toracotomía tradicional.



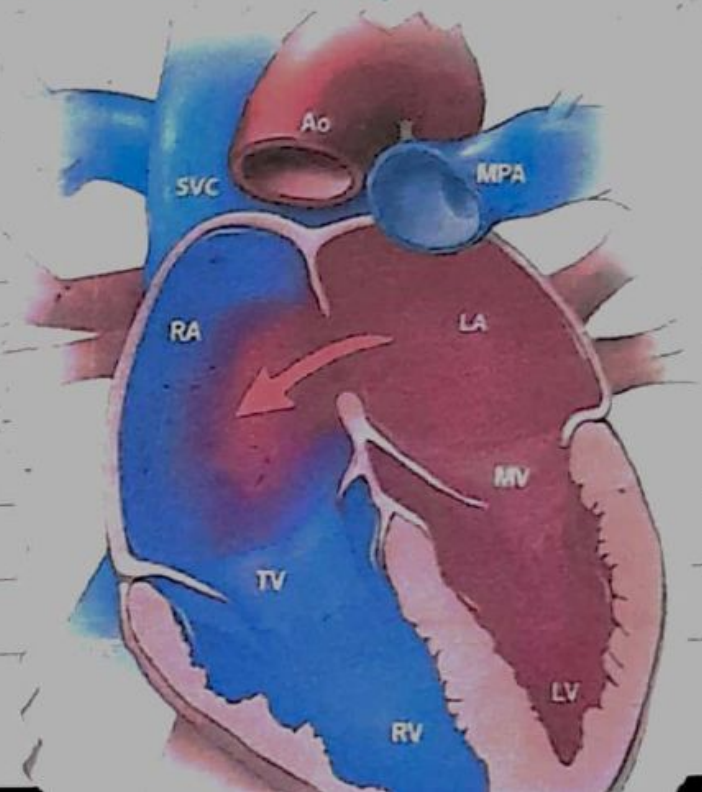
# COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Es un defecto de nacimiento en el  $\heartsuit$  en el que hay un orificio en la pared (Septo/tabique) que separa a las aurículas.

El defecto puede ser de distintos tamaños y puede cerrarse por sí solo o cirugía.

## CLÍNICA

- Infecciones resp.
- Dificultad resp.
- Cansancio al comer (Bebés)
- Latidos irregulares.
- Soplo cardíaco.
- Hinchazón piernas, pies, estómago

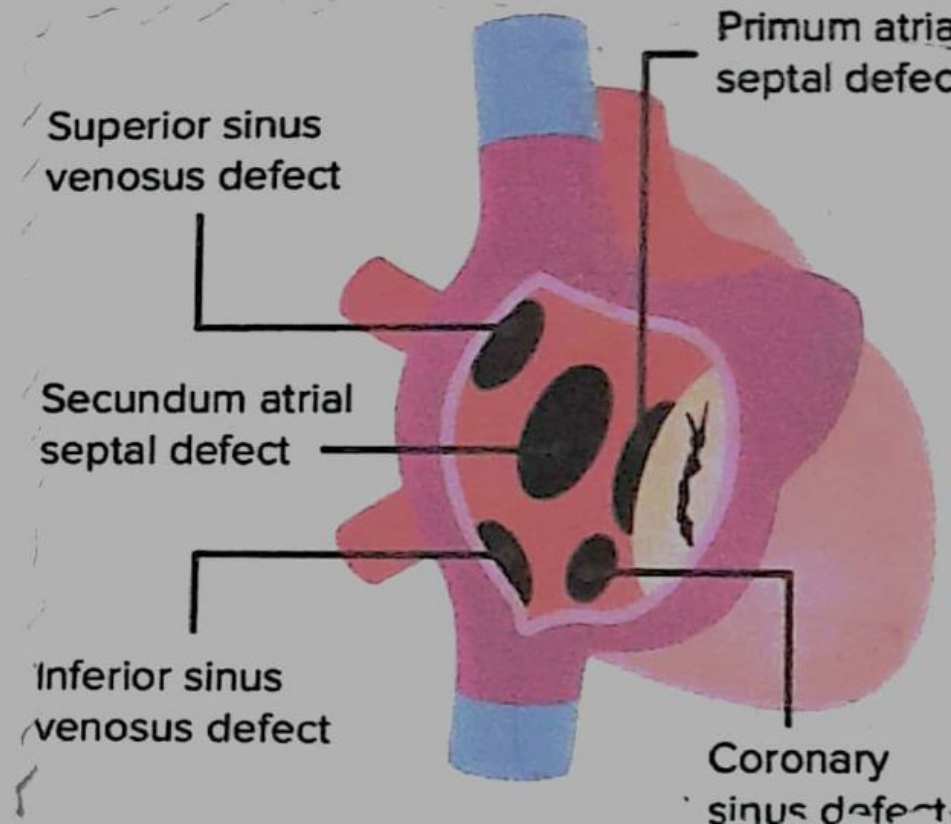


# CLASIFICACIÓN

Ostium secundum > Defecto en fosa oval.

Seno venoso > Defecto en parte posterior del tabique, adyacente a la vena cava superior e inferior.

Ostium primum > Parte anteroinferior del tabique, (las almocadillas endocárdicas), defecto del tabique auriculoventricular.





## DIAGNÓSTICO

Embarazo → Pruebas prenatales.

- Ecocardiograma
- ECG
- TC del ♥
- Radiografía del tórax.

## TRATAMIENTO

Quirúrgico { Cateterismo cardiaco  
Cirugía a ♥ abierto.

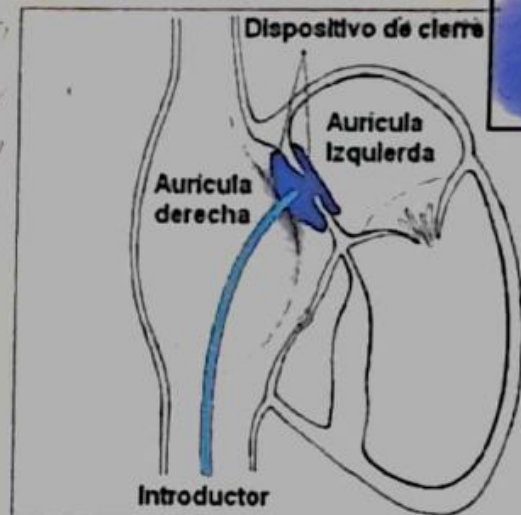
Medicamento sintomático.

FIRST CLASS.

## COMPLICACIONES

- Arritmias
- IC
- Endocarditis
- Hipertensión Pulmonar.

### Cierre de CIA por cateterismo




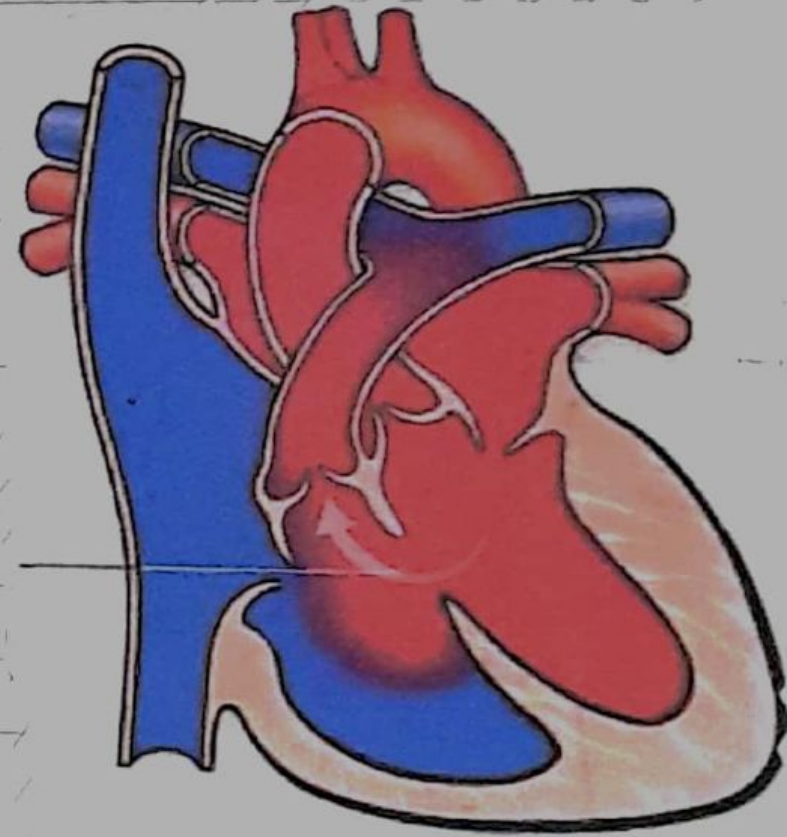


## COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR.

Es un defecto que se produce durante el embarazo, si la pared que se forma entre los 2 ventrículos no se desarrolla completamente o queda un orificio.

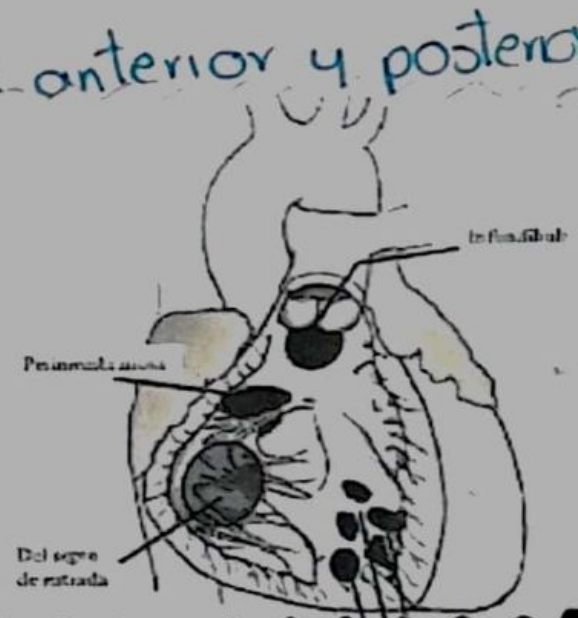
### CIRCULACIÓN

- > **NORMAL**: El lado del  bombea la sangre sin oxigenar a los pulmones y el lado izq. bombea la sangre oxigenada al resto del cuerpo.
- > **DEFECTO**: La sangre fluye del VI al VD a través del defecto en el septo y de allí a pulmón.



# CLASIFICACIÓN

- Comunicación Interventricular Infundibular:  
Se localiza debajo de la válvula pulmonar y de la aórtica, afectando al septum infundibular, estructura que separa ambas válvulas sigmoideas.
- Comunicación Interventricular Perimembranosa:  
Afecta al septum membranoso
- Comunicación Interventricular del septo de entrada:  
Localizado por debajo de la válvula tricúspide
- Comunicación Interventricular Moxeolar:  
En cualquier parte del septum moxeolar, apical, media anterior y posterior



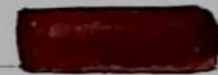
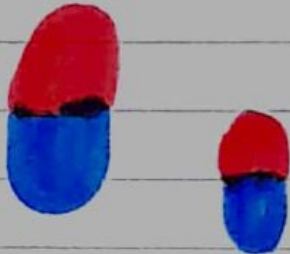


## CAUSA

Desconocida, pero puede ser por cambio de genes o cromosomas.

## FACTORES DE RIESGO

- Alimentación materna.
- Ingesta de alcohol.
- Medicamentos
- Nacimiento prematuro.
- Antecedente familiar.



## CLINICA

Orificio pequeño

- Cierra solo → Sin sx.

Orificio grande

- Dificultad resp.
- Respiración fuerte / acelerada.
- Sudoración
- Cansancio durante alimentación.

## DIAGNÓSTICO

- Clínico → Oír presencia de soplo.
- Ecocardiograma.

## TRATAMIENTO

Orificio grande

- Cateterismo cardiaco
- Operación a corazón abierto
- Citas regulares para 👁👁

Medicamentos

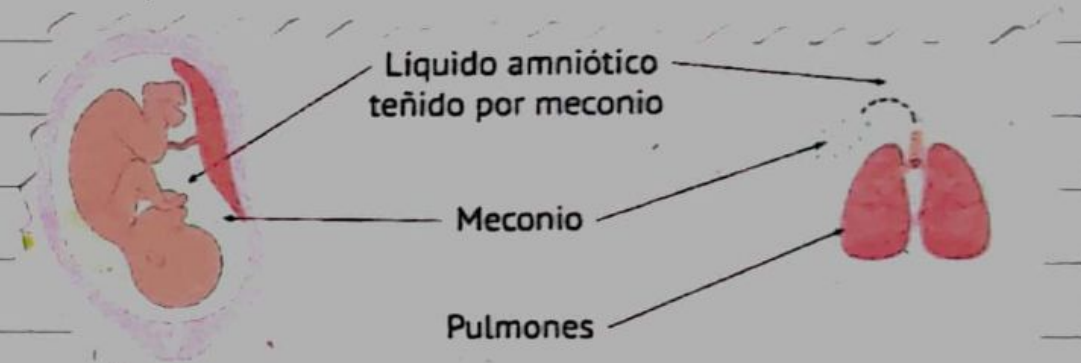
- Para ↓ HTA
- Fortalecer m.ose. cardiaco.



# SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO.

Problema para respirar del bebé, porque el meconio le ha entrado a los pulmones.

- Obstrucción de vías resp.
- Irrita vías resp.
- Lesiona tej. pulmonar.



## CAUSAS

El bebé haga sus primeras heces dentro del vientre materno por:

- o Parto largo / Complicado
- o Madre o problemas de salud  $\left\{ \begin{array}{l} DM \\ HTA \end{array} \right.$
- o Tabaquismo
- o Bebés estresados por  $\downarrow$  concentración de  $O_2$ .

# FACTORES DE RIESGO

Maternos —  
— Edad materna  
— Primiparidad  
— Edad gestacional

Intraparto —  
— Tiempo de bolsa rota  
— Fiebre intraparto

Neonatales —  
— Edad  
— Sexo  
— PH al ingreso.





# CLINICA

- o Olig. amniótico manchado de meconio.
- o Bebē manchado de meconio.
- o Dificultad resp.
- o Bebē flácido
- o Cianosis.

## IDX.

- o Clínico
- o Radiografía de tórax.
- o Ecografía pulmonar.

## TX.

- Grave %
- Surfactante → Abrir pulmón.
  - Oxido nítrico inhalado → abrir y mejorar flujo  $O_2$ .
  - Oxigenación por membrana extracorpórea.



## CLASIFICACIÓN

- > SAM leve → Con requerimiento de  $O_2 < 40\%$  y por menos de 48 hrs.
- > SAM moderado → Con requerimiento de más de  $40\%$  de  $O_2$  y por más de 48 hrs y sin escape aéreo.
- > SAM severo → Requiere ventilación mecánica por más de 48 hrs y a menudo se asocia a HPP o escapes aéreos.

## NIVEL DE GRAVEDAD

	No grave	Grave
PH	7.20 - 7.30	< de 7.20
PO <sub>2</sub>	50 - 90 mmHg	< de 50 mmHg
PCO <sub>2</sub>	45 - 60 mmHg	> 60 mmHg



# TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDO.

Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras hrs de vida y se resuelve entre 24-72 hrs post. al nacimiento.

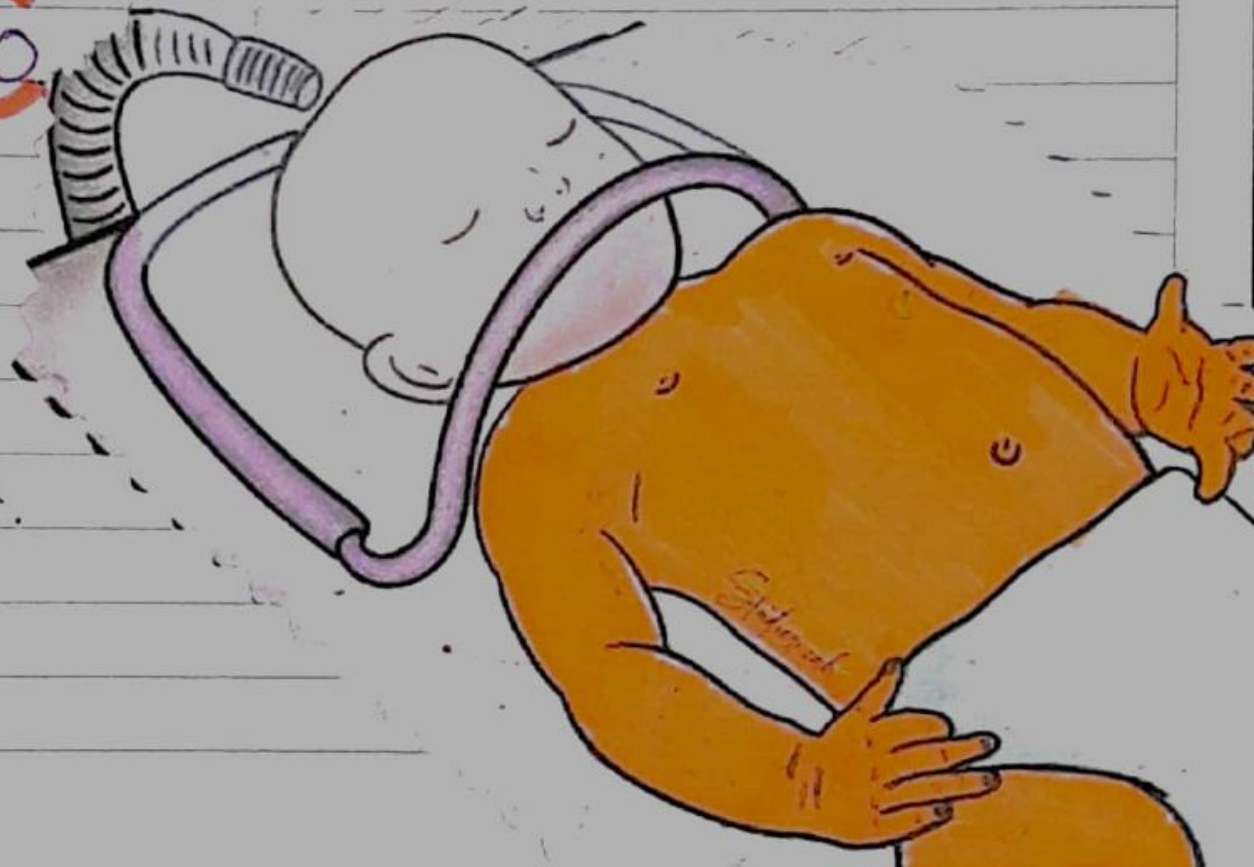
## FACTORES DE RIESGO

### - Maternos -

- Asma
- Trabajo de parto precipitado.
- DM
- Tabaquismo

### - Recién nacido -

- Macrosomia
- Apgar < 7.
- Gen masculino
- Gemelar
- Nacimiento de término.



## CLINICA

- Taquipnea  $\rightarrow$  FA  $> 60$  rpm
- Taquipnea que persiste por  $> 12$  hrs.
- Campos pulmonares sin estertores.
- Sat. de  $O_2 < 88\%$

## DIAGNOSTICO

- Radiografía del tórax.
- Gasometria arterial.
- Oximetría de pulso.

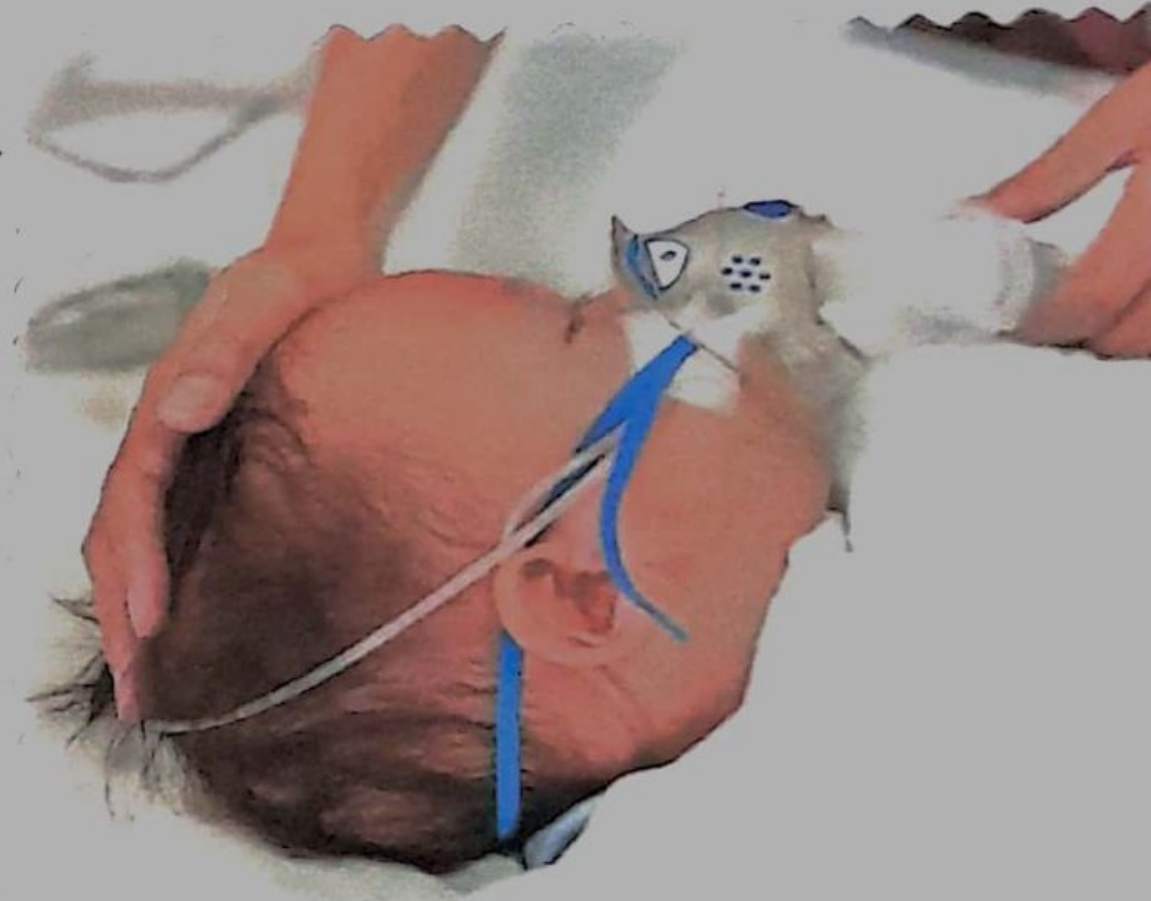
## TRATAMIENTO

Asistencia  
Ventilatoria.

Oxigeno

Presión positiva

Ventilación mecánica.

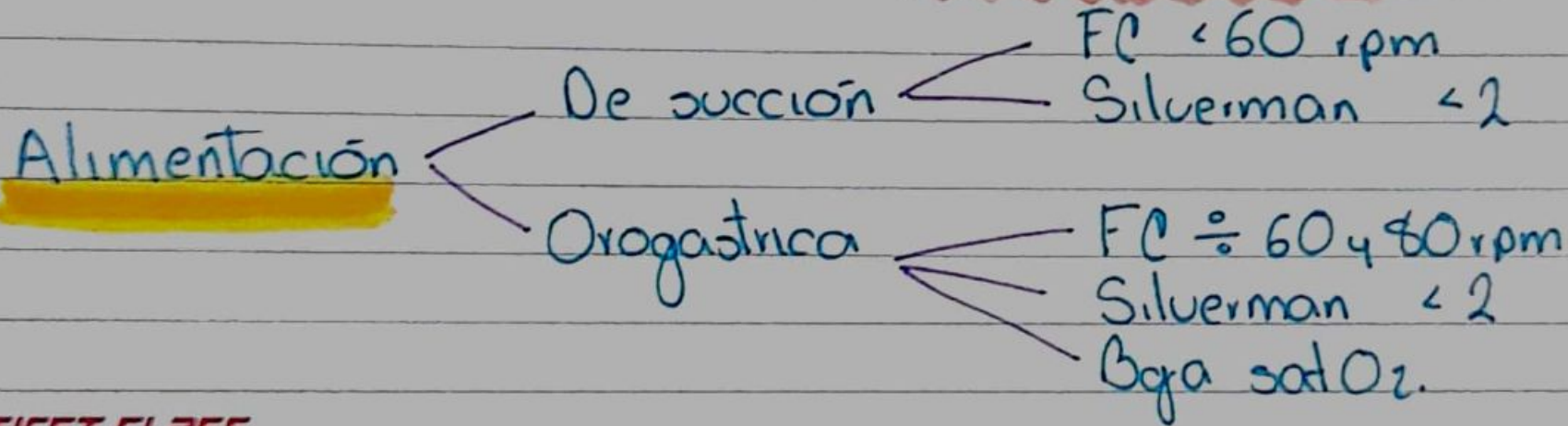
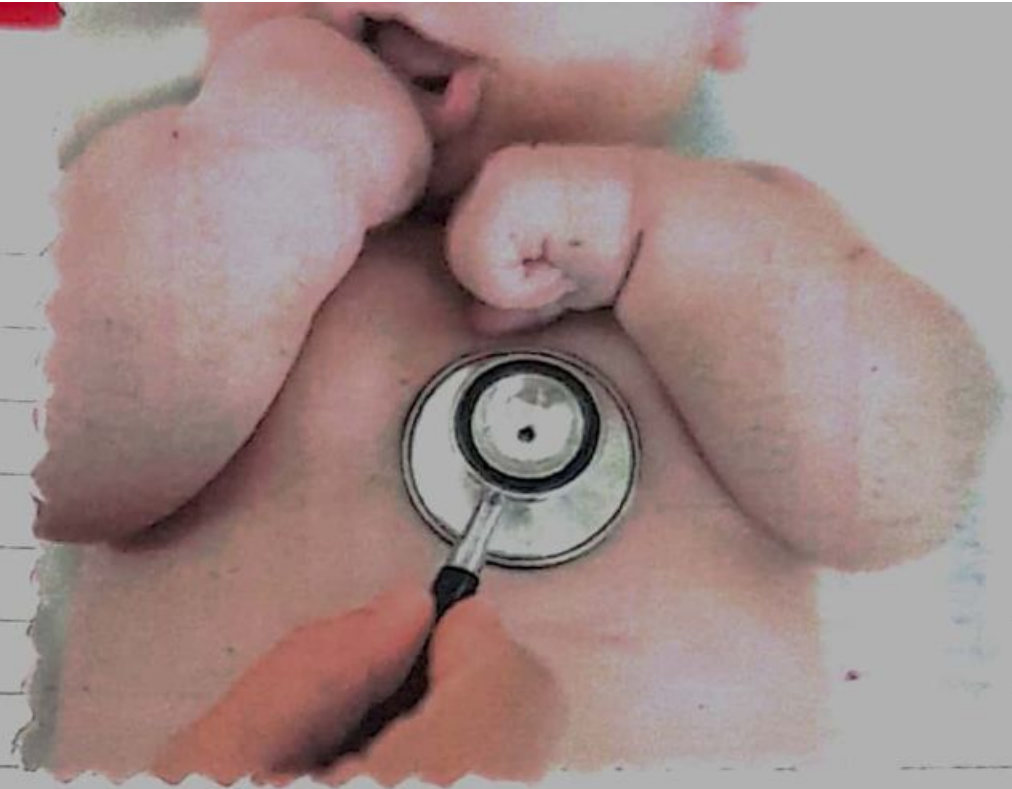




# CUIDADOS

## ⚠️ EVITAR ⚠️

- Estimulación excesiva
- Estimulación auditiva
- Estimulación visual.



# ENTEROCOLITIS NECROZANTE

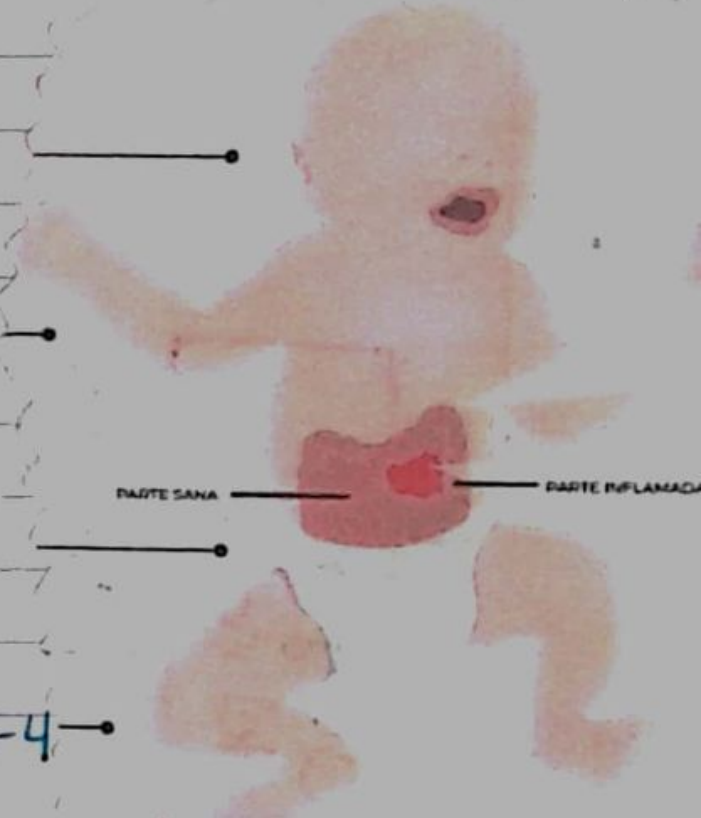
Proceso isquémico que avanza a necrosis en la mucosa de la pared intestinal generando un estado inflamatorio que puede perforar al órgano.

## SITIOS

- Ileon terminal
- Colon proximal.

## FACTORES DE RIESGO

- Prematuridad
- Alimentación enteral con fórmula.
- Asfixia perinatal.
- Poliglobulia.
- Mutación genética



TNF-alfa  
NOD 2  
Receptores de IL-4



# CLINICA

◦ Cambio repentino en la tolerancia a la alimentación.

## - Signos abdominales -

- Distensión
- Residuo gástrico
- Sensibilidad.
- Vómito
- Diarrea.

## - Laboratorio -

- Anemia
- Trombocitopenia
- Coagulopatía intravascular diseminada.

## - Físicos -

- Eritema de la pared abdominal.

## - Sistemáticos no específicos

- Apnea
- Letargo
- Inestabilidad de tem.
- I.R.

## 1. Sospecha de ENC:

- Signos sistémicos leves
- Signos intestinales leves
- Radiografía de abdomen

## 2. ENC confirmada

- Signos sistémicos moderados
- Signos intestinales adicionales
- Signos radiológicos específicos
- Alteraciones analíticas

## 3. ENC avanzada

- Afección sistémica grave
- Signos clínicos de peritonitis.
- Signos radiológicos de gravedad



CLASIFICACIÓN



## DIAGNOSTICO

### o Clínico

- Distensión abdominal
- Vómito biliar
- Sangrado rectal.

o Eco-Doppler-Color

o Laboratorio % No hay específico.



## TRATAMIENTO

Médico < Suspensión de alim.  
Sonda gástrica  
abierta.

Quirúrgico < Drenaje peritoneal  
laparotomía y  
resección.

## BIBLIOGRAFÍAS

Reyes de la Cruz, L., Arévalo Salas, A., Vizcaíno A., A., Segura Stanford, B.,

Balderrabano Saucedo, N., & Becerra Becerra, R. (s. f.). *Guías para el manejo clínico de las cardiopatías congénitas más frecuentes*. Dr. Julio R Erdmenger Orellana.

*Comunicación Interauricular (CIA): MedlinePlus Enciclopedia Médica*. (s. f.).

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000157.htm>

Gil-Jaurena, J., & González-López, M. (2014). Comunicación interauricular.

comunicación interventricular. canal aurículo-ventricular y ventana aorto-pulmonar. *Cirugía Cardiovascular*, 21(2), 86-89.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2014.03.006>

*Aspiración de meconio*. (2020). Jay S. Greenspan, MD.

<https://kidshealth.org/es/parents/meconium.html>

*Protocolo de Manejo del síndrome de aspiración meconial*. (2017). Dr. Raúl

Fernández, Dr. Gerardo Rivera.

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Taquipnea Transitoria

del Recién Nacido. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social;

03/11/2016, Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

BONILLA CABANA, Estefanie; RAMIREZ SANDI, Larisa; ROJAS MASIS,

Paulina y ZUNIGA ALEMAN, Braulio. Enterocolitis necrotizante. *Med. leg. Costa*

*Rica* [online]. 2020, vol.37, n.2, pp.63-70. ISSN 2215-5287.