



**Anan Villatoro Jiménez**

**Dra. Rosvani Margine Morales Irecta**

**Crecimiento y desarrollo**

**Flashcard**

**Tercer Semestre**

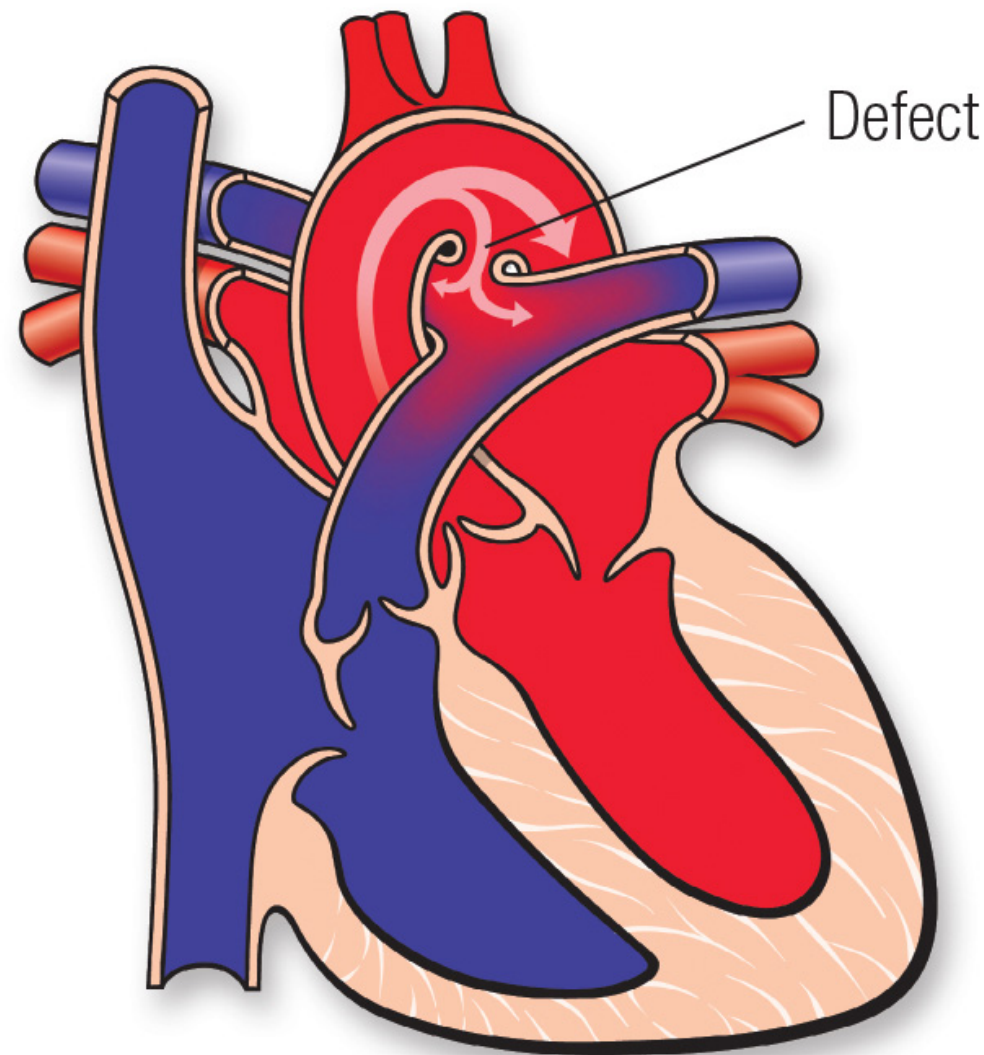
**“C”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de diciembre del 2023.

# PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

**Conducto arterial:** Antes del nacimiento y durante unos cuantos días después, arteria pulmonar y aorta están conectadas por un vaso sanguíneo corto

## Patent Ductus Arteriosus



En el conducto arterial persistente, esta conexión no se cierra, lo que permite que algo de sangre oxigenada destinada al cuerpo retorne a los pulmones.

### Características:

- Los bebés prematuros son más propensos a presentar un conducto arterioso persistente (CAP)
- Si el conducto arterioso persistente es pequeño, es posible que el bebé no presente ningún síntoma.

### Si el conducto arterioso persistente es más grande:

- Respiración rápida
- Dificultad respiratoria
- Hipotensión arterial
- Problemas para alimentarse
- Crecimiento lento o insuficiente

### Diagnóstico:

Ecocardiograma  
Radiografía de tórax  
Electrocardiograma

### Tratamiento

chequeos constantes  
Catéter  
Cirugía a corazón abierto

Se  
asocia

Trisomias 21 , 8 y 23; sx de Chan , Noonan ,  
Holi-Onam, Meckel y rubéola congénita

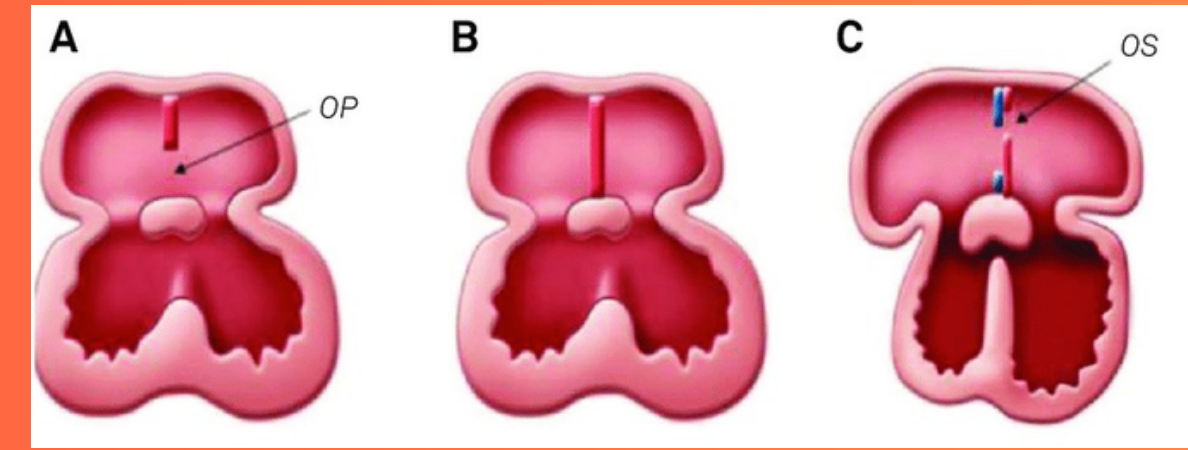
# COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Comunicación  
anómala entre  
la aurícula  
izquierda y  
derecha

80-100%: cierre  
espontáneo si defecto  
es menor de 8 mm

## Clasificación

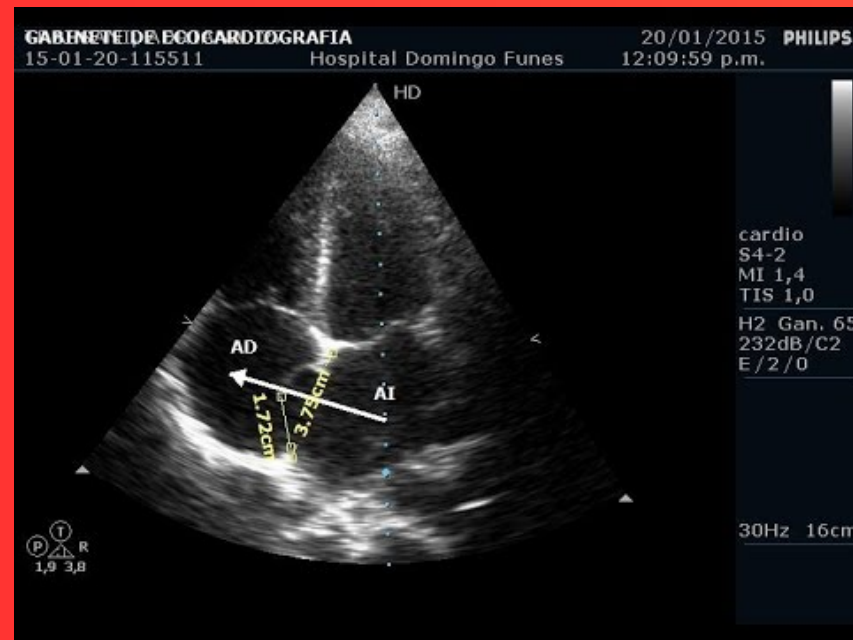
- **Ostium secundum (C):** defecto en la fosa oval
- **Seno venoso:** defecto en la parte posterior del tabique, adyacente a la vena cava superior o la vena cava inferior
- **Ostium primum (A):** defecto en la parte anteroinferior del tabique, una forma de defecto del tabique auriculoventricular (defecto de las almohadillas endocárdicas)



## Síntomas:

La mayoría son asintomáticas (CIV pequeña/moderada)  
Ganancia de peso lenta en la primera infancia  
Intolerancia al ejercicio  
Disnea de esfuerzo  
Cansancio/o palpitaciones en pacientes mayores.  
En auscultación, soplo mesosistólico

complicaciones a largo plazo después de los 20 años de edad son:  
Hipertensión pulmonar  
Insuficiencia cardíaca  
Embolia paradójica  
Arritmias auriculares.



Diagnóstico:  
Ecocardiograma  
Radiografía de tórax  
Electrocardiograma

Tratamiento  
Chequeos constantes  
Catéter entre 2-5 años  
Cirugía a corazón abierto

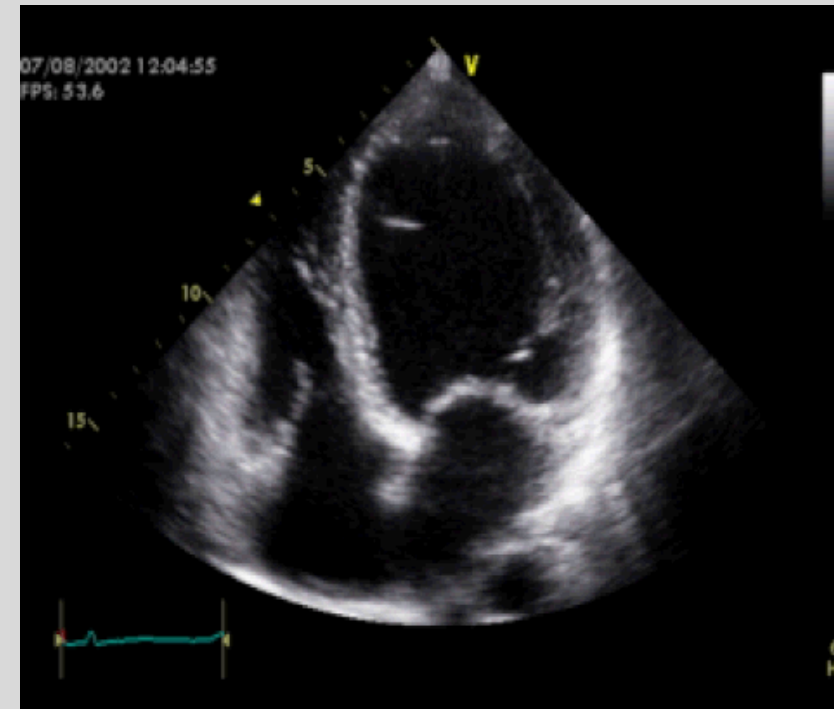
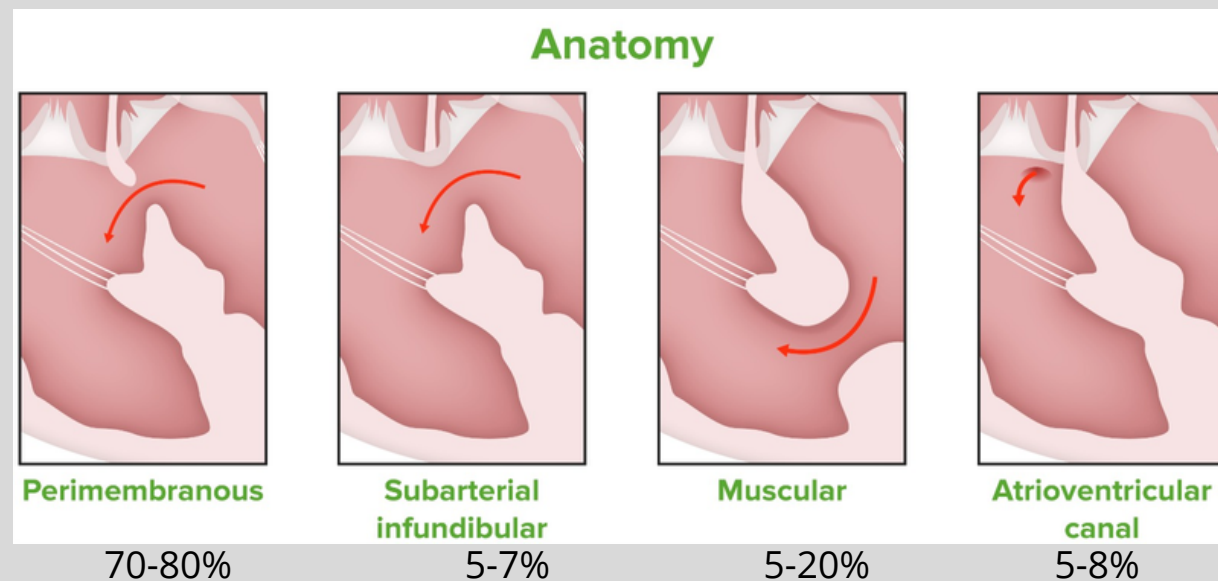
# COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

- Continuidad en el tabique interventricular que causa un cortocircuito entre los ventrículos.

## 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 SINTOMAS

- 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
- Puede haber infecciones frecuentes de las vías respiratorias inferiores.
- Los pacientes no tratados pueden desarrollar síntomas del síndrome de Eisenmenger.
- soplos que varían de uno sistólico corto a un soplo holosistólico en la parte inferior del borde esternal izquierdo

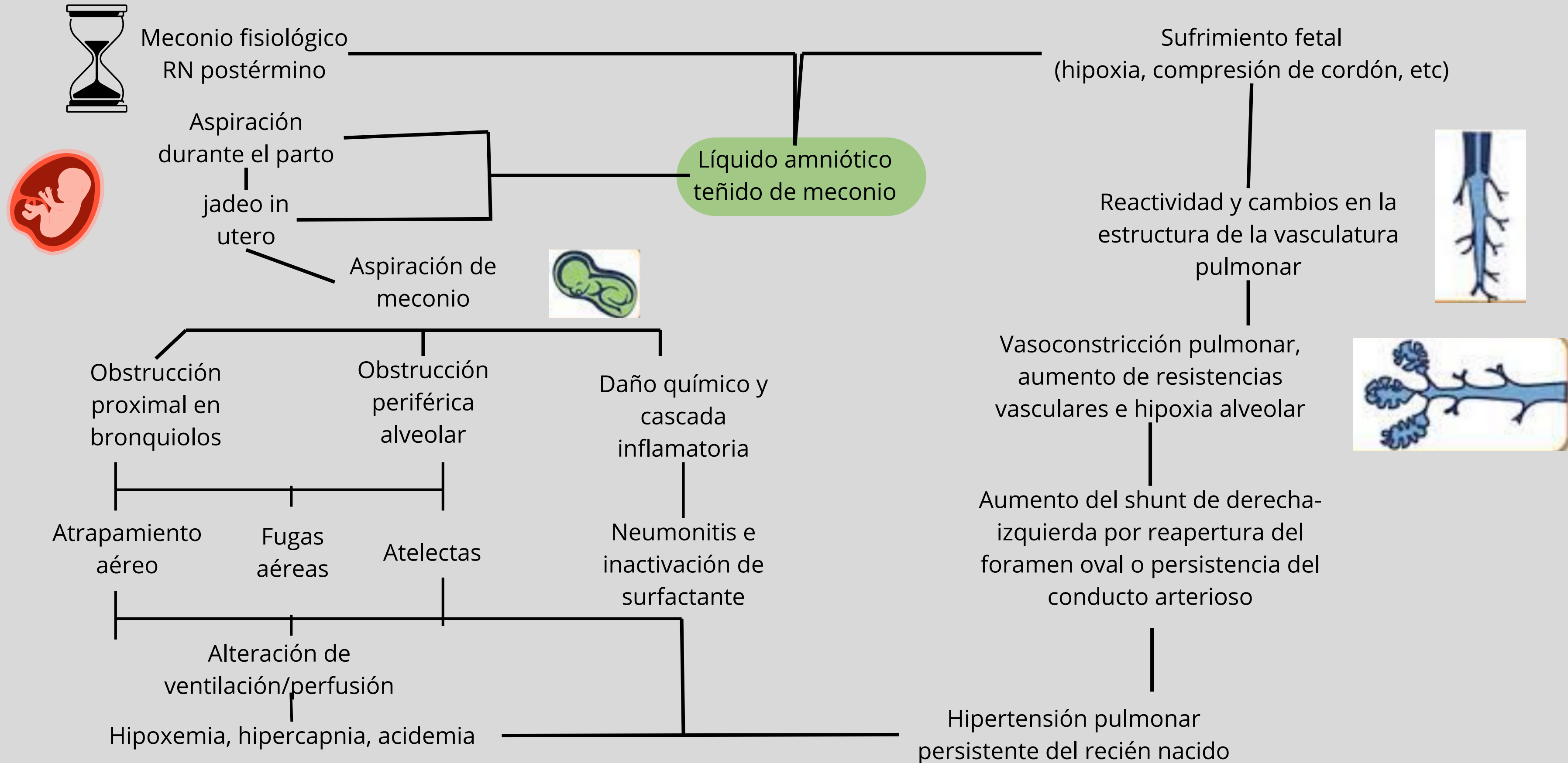
## DX Y TX

Diagnóstico:  
Ecocardiograma  
Radiografía de tórax  
Electrocardiograma

Tratamiento  
Chequeos constantes  
Catéter entre 2-5 años  
Cirugía a corazón abierto



# SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO



# TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

## ¿QUÉ ES?

La TTRN es un proceso respiratorio no infeccioso que se caracteriza por frecuencia respiratoria  $>60$  x min y otros datos de dificultad respiratoria leve a moderada con persistencia  $> 6$  hrs.

## FACTORES DE RIESGO

Nacimiento por cesárea  
Asma, diabetes, tabaquismo  
RN prematuro



## DIAGNÓSTICO

Se debe sospechar en RN de término/prematuros/cesárea y con datos de disnea, principalmente polipnea.

Biometría hemática

Radiografía de tórax:

1. Sobredistensión
2. Iluminación pulmonar
3. Congestión hilar importante
4. Edema en cisuras

## ¿QUÉ OCURRE?

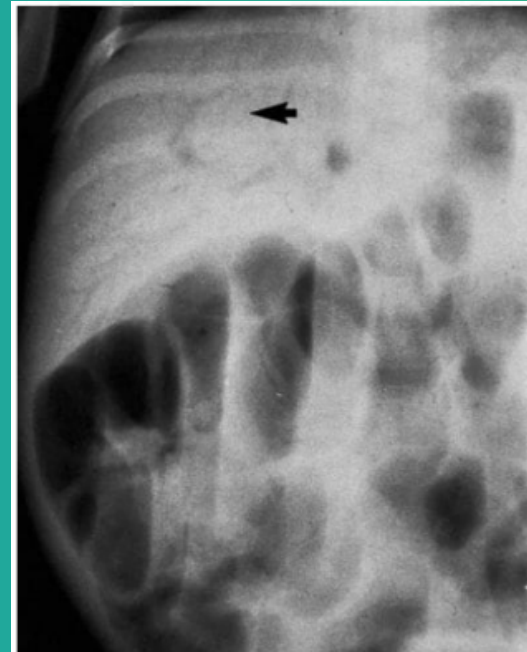
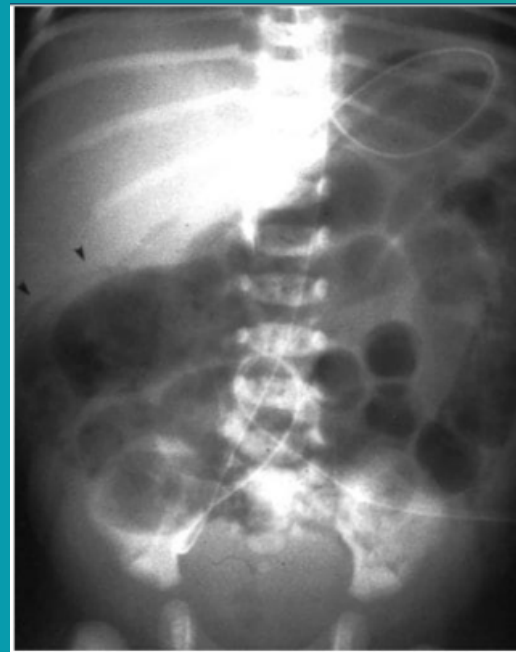
Retraso en la reabsorción de líquido pulmonar, limitado a 48-72 hrs, máximo 5 días

## TRATAMIENTO

1. O<sub>2</sub> suplementario en concentración  $<40\%$
2. CPAP (Presión positiva continua en vía aérea)

# ENTEROCOLITIS NECROSANTE

Enfermedad derivada de una necrosis isquémica de la mucosa o submucosa intestinal como consecuencia de un proceso inflamatorio



## SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Intolerancia alimentaria
- Letargo
- Inestabilidad térmica
- Íleo
- Distensión
- Vómitos biliosos
- Hematoquecia
- Sustancias reductoras en materia fecal
- Apnea

## DIAGNOSTICO

- Detección de sangre en materia fecal
- Radiografías de abdomen
- Ecografía
- Las primeras radiografías pueden ser inespecíficas y revelar sólo íleo. Sin embargo, un asa intestinal fija y dilatada (asa centinela) que no cambia en las radiografías repetidas debe hacer sospechar con intensidad ECN.

## TRATAMIENTO

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

## ESCALA DE BELL MODIFICADA

ESTADIO	CLASIFICACIÓN	SIGNOS		
		CLÍNICOS	ABDOMINALES	RADIOGRÁFICOS
I	A SOSPECHA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad térmica</li> <li>• Apnea</li> <li>• Bradicardia</li> <li>• Letargo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Retención gástrica</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Sangre oculta en heces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado normal o leve dilatación de las asas intestinales</li> <li>• Íleo leve</li> </ul>
	B SOSPECHA	• Mismos signos que IA *	• Hematoquecia	• Mismos signos que IA *
II	A CONFIRMADA (LEVE)	• Mismos signos que I *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que I *</li> <li>• Ausencia de ruidos intestinales</li> <li>• Con/sin dolor en la palpación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación de las asas intestinales</li> <li>• Íleo</li> <li>• Neumatosis intestinal</li> </ul>
	B CONFIRMADA (MODERADA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIA *</li> <li>• Acidosis metabólica</li> <li>• Trombocitopenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIA *</li> <li>• Acidosis metabólica</li> <li>• Trombocitopenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIA *</li> <li>• Ascitis temprana</li> </ul>
III	A AVANZADA (SEVERA), CON PRESERVACIÓN DE INTESTINO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIB *</li> <li>• Hipotensión</li> <li>• Bradicardia</li> <li>• Apeña grave</li> <li>• CID</li> <li>• Acidosis mixta</li> <li>• Neutropenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIB *</li> <li>• Signos de peritonitis</li> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Dolor a la palpación marcada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIB *</li> <li>• Ascitis prominente</li> </ul>
	B AVANZADA (SEVERA) CON INTESTINO PERFORADO	• Mismos signos que IIIA *	• Mismos signos que IIIA *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos signos que IIIA *</li> <li>• Neumoperitoneo</li> </ul>

# BIBLIOGRAFIA

- Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.<sup>a</sup> edición
- Manual MSD. MD, University of Pittsburgh, School of Medicine Revisado/Modificado jul. 2023.
- Ahlfeld SK. Respiratory tract disorders. In: liegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds.
- Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 122.
- Stanford Medicina - Children's Health. 2023
- Boletín informativo: Mayo Clinic Health Letter — Edición digital Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.<sup>a</sup> edición
- Crowley MA. Neonatal respiratory disorders. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 66
- Greenberg JM, Narendran V, Brady JM, Nathan AT, Haberman B. Neonatal morbidities of prenatal and perinatal origin. In: Lockwood CJ, Copel JA, Dugoff L et al, eds. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 73