



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITÁN
LIC. MEDICINA HUMANA



LOS CASOS DE LA VIDA

Elvin Caralampio Gómez Suárez
Dra. Rosvani Margine Morales Irecta
Crecimiento y desarrollo
3-“C”

13. CARDIOPATIAS

Malformación de la estructura del corazón o de grandes vasos que existe desde el nacimiento.

Afecta al 1% de los recién nacidos vivos.

ACIANÓTICAS:

- La sangre sufre un corto circuito.
- Pasa de las cavidades izquierdas a las derechas.
- Sangre oxigenada recircula a través de pulmones.

CIANÓITICAS:

- Resultado de cavidades subdesarrolladas que impiden que la cantidad de sangre oxigenada adecuada pase al cuerpo.
- Tetralogia de Fallot.
- Atresia pulmonar.
- Drenaje anómalo total de vena pulmonares.
- Anomalias de Ebstein.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Bajo peso.
- Desnutrición.
- Arritmias.
- Cianosis.
- Astenias.
- Hiperhidrosis.
- Disnea.
- Edema en manos y miembros inferiores.
- Soplos o arritmias.

DIAGNOSTICO:

- Ecografía durante el embarazo (20-22 SDG)
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Cateterismo cardiaco.
- Clínica.

TRATAMIENTO:

- Intervención quirúrgica.

13.1. PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

POR FACTORES ANTES DEL NACIMIENTO:

- Positivos: flujo sanguíneo ductal.
- Activos: PGEZ producida en placenta (2/3) y en pulmones fetales (1/3)

POSTERIOR AL NACIMIENTO SU CIERRE FAVORECE POR:

- Oxígeno.
- Disminución de PGEZ
- Disminución de flujo ductal

FACTORES DE RIESGO:

- Pre madurez (mayor a 35 SDG).
- Síndrome de dificultad.
- Respiratorio y surfactante.
- Asfixia.
- Sepsi, furosemida.

PERMEABLE: sigue abierto mayor de 3 meses de vida extrauterina.

PERSISTENTE: sigue abierto menor a 32 meses de vida extrauterina.

Tiempo varia, generalmente consideran 14 a 21 días.

13.2. COMUNICACIÓN INTREURUCULAR

Orificio en el tabique único o múltiple de tamaño variable.

Puede asociarse a patologías complejas.

EPIDEMIOLOGIA:

- Cardiopatía congénita mas frecuente.
- El 85-90% cierran espontáneamente en un año.
- Prevalencia actual de 50/1000 rnv.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Pequeños asintomáticos.
- Soplo pansistolico de alta o baja frecuencia.
- GRANDE: soplo intenso de creciente desaparece en 3 de sístole.
- MEDIANA: soplo pansistolico de intensidad 3/IV/secto fremito.

DIAGNOSTICO:

- Electrocardiograma.
- Radiografía.

13.3. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

- ¿QUE ES? Un defecto del tabique auricular es un agujero en el corazón, entre las dos cavidades superiores (aurículas). El agujero aumenta la cantidad de sangre que fluye por los pulmones. La afección está presente al nacer (defecto cardíaco congénito).

EPIDEMIOLOGIA: Actual= 10-15% de las cardiopatías congénitas
mujeres y hombres es de 2-4: 1

- FACTORES DE RIESGO:
- Sarampion alemán (rubeola) en primeros meses de embarazo.
- Diabetes.
- Lupus.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Consumo de sustancias ilícitas uso de framacos (anticonvulsivos).

CLASIFICACION

Tipo secundum: se produce en la parte media de la pared que separa las cavidades superiores del corazón.

Tipo primum: se produce en la parte baja del tabique auricular y podria aparecer junto con otros problemas cardiacos congenitos.

Seno venoso: se produce en la parte superior de la pared que separa las cavidades del corazón

Seno coronario: falta una parte de la pared que se encuentra entre el seno coronario, que forma parte del sistema venoso del corazón y la cavidad superior izquierda del corazón

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Suele ser asintomático en los bebés

En edad adulta pueden presentar:

- Fatiga.
- Hinchazón de piernas, pies o abdomen.
- Arritmias.
- Palpitaciones.
- Soplo cardíaco.

DIAGNOSTICO:

- Radiografía de tórax
- ECG
- Ecografía

TRATAMIENTO:

(con evidencia de sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho en la ecocardiografía) deben ser cerradas, en general entre los 2 y 6 años

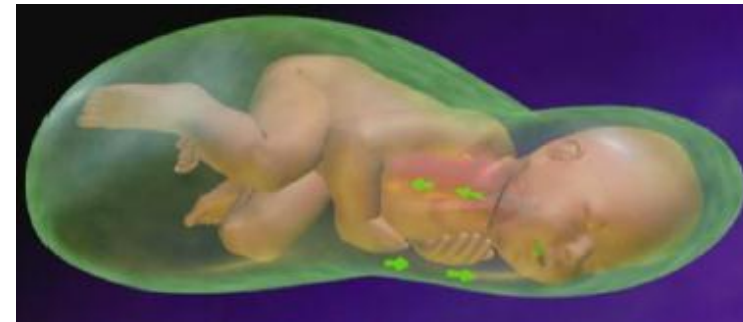
14. SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO

Consiste en la inhalación de líquido amniótico teñido de meconio intraútero o intraparto.

EPIDEMIOLOGÍA: Enfermedad del bebé a término y postérminopostérmino.

Predisponentes: Hipoxia, FCF anormal, Embarazo prolongado, Complicaciones durante el embarazo.

¿QUIÉNES CORREN EL RIESGO DE ASPIRAR MECONIO? Los bebés a término (37-41 semanas) y son más pequeños para la edad gestacional y los bebés postérmino (después de las 42 semanas).





MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Piel de color azulado (cianosis) en el bebé
- Dificultad para respirar (respiración ruidosa, gruñidos, usar músculos adicionales para respirar, respiración rápida)
- Paro respiratorio (falta de esfuerzo respiratorio, apnea)
- Flacidez en el bebé al nacer



DIAGNÓSTICO:

- Radiografía de tórax.
- Meconio en liquido amniótico.
- Dificultad respiratoria.

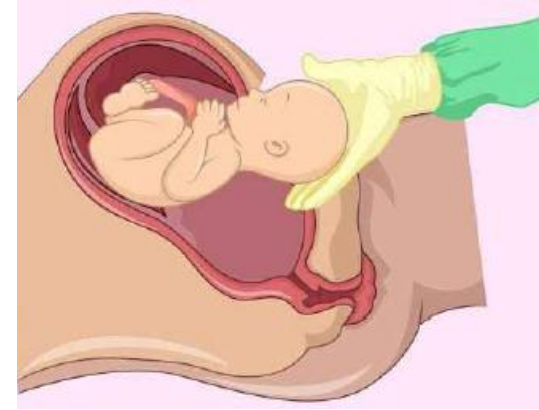
TRATAMIENTO:

- Succión de las vías respiratorias superiores.
- Oxígeno administrado mediante mascarilla o respirador mecanicomecánico.
- Mantener saturación de O₂ entre 85-95% y un pH superior a 7.2
- Presión positiva intermitente.
- Ventilación de alta frecuencia.
- Lavado bronquial.

15. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

Conocida (pulmón húmedo)

- Es una alteración transitoria por retención de liquido fetal.
- Frecuentes en pacientes que nacen por cesárea (no experimenta compresión torácica del canal de parto)
- Ausencia de liquido pulmonar: Represión transitoria de los linfáticos y de capilares pulmonares.
- Son Px a termino que presentan deficiencia respiratoria leve a moderado taquipnea en las primeras horas de vida.
- Requieren oxigeno por canula nasal favorable en las primeras 24 a 72 hrs



FISIOPATOLOGÍA:

- Líquido en pulmón x ausencia de la compresión torácica.
- Px: Parto por cesárea o expulsivo rápido.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Coloración azulada de la piel (cianosis).
- Respiración rápida, que puede ocurrir con ruidos como gruñidos.
- Aleteo nasal o movimientos entre las costillas o el esternón conocidos como tiraje.



DIAGNÓSTICO:

- Sintomatología.
- Antecedentes del niño.

Estudios pertinentes:

- Hemograma.
- Proteína C reactiva.
- Cultivos.



Tratamiento

- Intercambio gaseoso suficiente durante todo el trastorno.
- Casco cefálico.

16. ENTEROCOLITIS NECROSANTE/NECROTIZANTE

- Proceso inflamatorio intestinal agudo, en neonatos prematuros con bajo peso.
- Caracterizado por necrosis isquémica de mucosa gastrointestinal.
- Conduce a peritonitis y perforación.

EPIEMIOLOGIA:

- Inversamente proporcional a la edad gestacional
- 90% ocurre en RNPT <32 SDG o <1500gr (2 3 semanas de vida)
- 10% es RN a termino

FACTORES DE RIESGO:

- Alimentación precoz con fórmula
- Asfixia perinatal
- Cardiopatías congénitas/Sx Down
- Sepsis/ RPMP/ Corioamnionitis
- Parto fortuito



FACTORES PROTECTORES:

- Esquema de maduración pulmonar antenatal.
- Peso adecuado al nacimiento.
- Antibióticos intraparto.



El 90% han recibido alimentación enteral con formula previo a la presentación de la enfermedad

SUCEPTIBILIDAD EN NIÑOS PREMATUROS: Inmadurez de la motilidad intestinal.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Aparecen signos de retraso en el vaciado gástrico
- Distensión abdominal
- Sangre en heces (macro o microscópica)
- Restos biliosos

SIGNOS SISTEMICOS

ASPECTOS:

- Sépticos
- Apnea
- Alteraciones hemodinámicas

DIAGNOSTICO:

- Radiografía abdominal
- Deberá diagnosticar burbujas en pared del intestino

PREVENCION:

No existe.

MORTALIDAD:

Inversamente proporcional al peso y la edad de gestación oscilando entre 15 y 30%

TRATAMIENTO quirúrgico > Mortalidad con peso < 1000 gr.

BIBLIOGRAFÍAS:

- Coto C otallo , G.D. 2008). Recién Nacido a término con dificultad respiratoria: Enfoque diagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría.
- Por Lee B. Beerman , MD, Children's Hospital of Pittsburgh of the University of Pittsburgh School of Medicine.
- Coto Cotallo, G.D. (2008). Recién Nacido a término con dificultad respiratoria: Enfoquediagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría.
- Default - Stanford Medicine Children's health. (s. f.). Conducto arterial persistente.
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. (s.f.). Comunicación interauricular.
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. (s.f.). Comunicación interventricular.