



**Fernando Ailton Maldonado
Hernández**

Dra. Rosvani Margine Morales Irecta

Los casos de la vida

Crecimiento y desarrollo

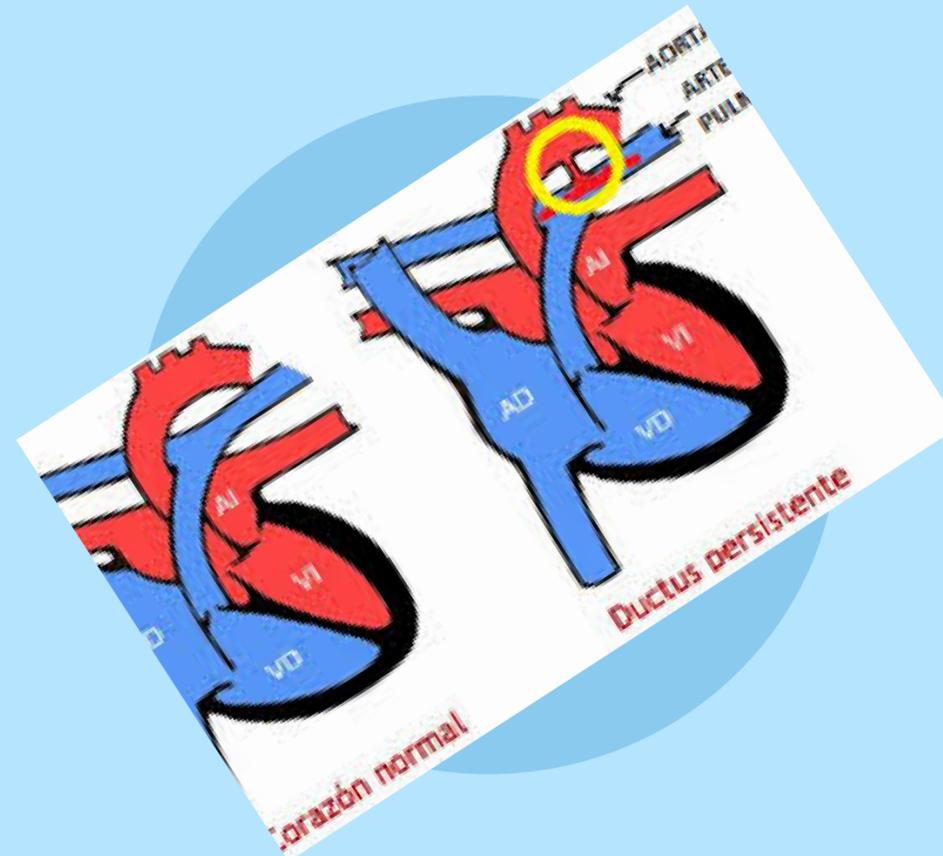
3° "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de diciembre de 2023

Persistencia del conducto arterioso

¿QUE ES?

El ductus arterioso es una estructura fetal normal que conecta el tronco de la arteria pulmonar con la aorta descendente. La persistencia del mismo más allá de las 6 semanas de nacido se considera patológica y es conocida como ductus arterioso persistente.



TRATAMIENTO

SINTOMÁTICO O MÉDICO

Diuréticos como la furosemida o la hidroclorotiazida alivian los síntomas del hiperaflujo pulmonar.

DEFINITIVO O CIERRE

- Indometacina, el ibuprofeno y el paracetamol
- Cierre percutáneo
- Cierre quirúrgico

CLINICA

A NIVEL CARDIACO

Insuficiencia cardíaca congestiva entre los que se incluyen:

- irritabilidad
- cansancio
- sudoración con las tomas
- estancamiento ponderal

A NIVEL PULMONAR

Destacan infecciones de vías bajas de repetición y disnea de esfuerzo.

Específicamente en los pacientes prematuros se produce un aumento de las necesidades de asistencia

MORFOLOGIA

Existe una clasificación morfológica con 6 tipos de ductus arterioso

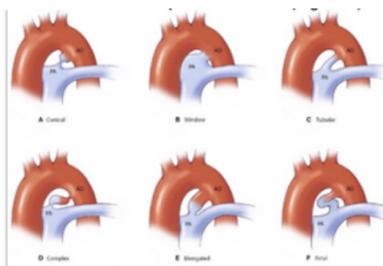


FIGURA 1. MORFOLOGÍA DUCTAL

DX

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ecocardiografía
- TAC/RM
- Cateterismo cardíaco y angiografía

Es más frecuente en mujeres (proporción 2:1) y en recién nacidos prematuros.

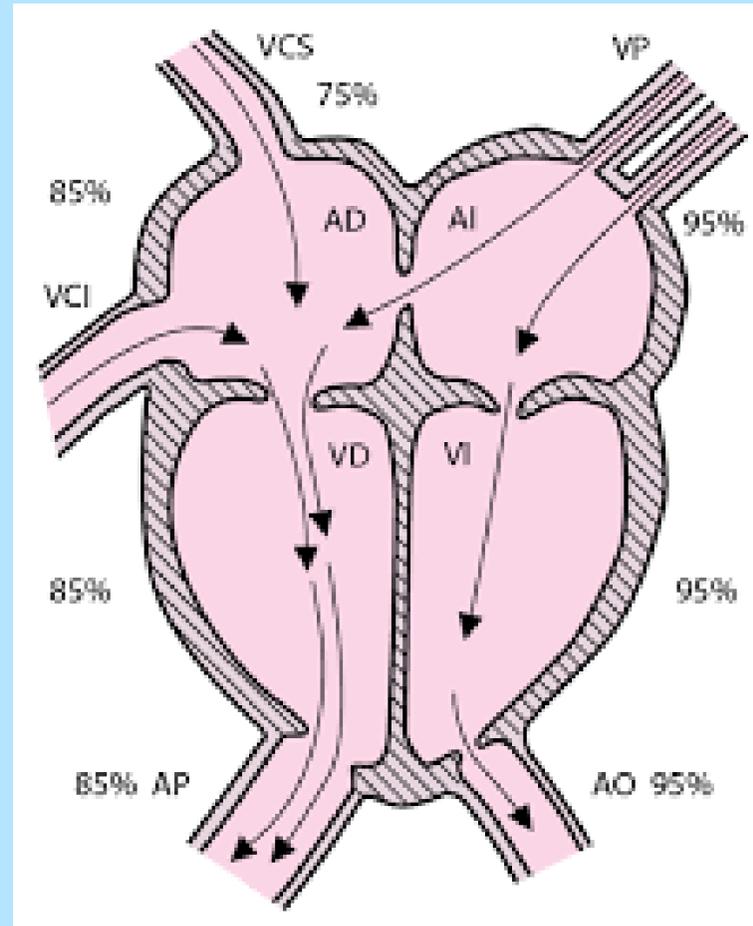
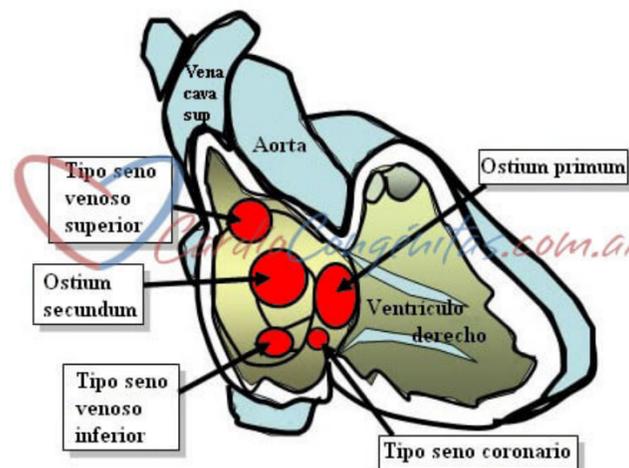
COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

DEFINICION

Cualquier abertura del septo interauricular, que no sea un foramen oval permeable, se considera una comunicación interauricular. Algunos casos estan asociados a Síndromes como el de Holt-Oram, Noonan o Treacher- Collins

CLASIFICACION

Tipos de CIA



DX

- Exploración física:
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ecocardiografía:

TX

- Se puede plantear tratamiento diurético, con o sin IECAs
- Cierre por cateterismo
- Cierre por cirugía:

Presentacion clinica

- El foramen oval permeable (FOP) y las CIAs de pequeño tamaño (<5-6 mm) tienen un $Q_p/Q_s < 1,5$, no producen repercusión hemodinámica
- Las CIAs de tamaño mediano (> 5-6 mm) y CIAs grandes (> 8 mm) se caracterizan por $Q_p/Q_s > 1,5$. Sin embargo, no suelen provocar ningún síntoma durante la infancia
- Ocasionalmente algunos lactantes pueden presentar retraso ponderoestatural. Taquiarritmias: Fibrilación Auricular o Flutter

COMUNICACIÓN INTERVENTRÍCULAR

DEFINICIÓN

Se define como un defecto en el tabique interventricular que permite la comunicación entre ambos ventrículos. La prevalencia de las CIV es aproximadamente 4 de 1000 recién nacidos vivos

CLÍNICA

CIV pequeñas: Los pacientes suelen estar asintomáticos. soplo pansistólico y de gran intensidad
CIV moderadas-grandes: Las manifestaciones clínicas se pueden iniciar en las primeras semanas de vida, con síntomas de insuficiencia cardiaca



DX

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ecocardiograma
- Resonancia Magnética
- Cateterismo cardiaco

TX

- Actitud expectante
- diuréticos (furosemida y espironolactona) e IECAs. Soporte nutricional
- Cierre del defecto

CLASIFICACIÓN

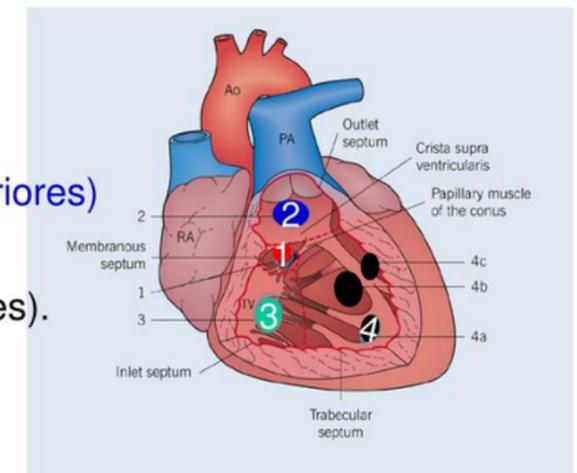


Cardiopatías congénitas

Comunicación interventricular

Tipos

1. **Perimembranasas.**
2. **Subarteriales (anteriores)**
3. **Medioposteriores.**
4. **Musculares (apicales).**



SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL

DEFINICIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

Consiste en la inhalación de líquido amniótico teñido de meconio intraútero o intraparto. - Las anomalías pulmonares observadas en este síndrome son debidas a la obstrucción aguda de la vía aérea, la disminución de la distensibilidad pulmonar y al daño del parénquima

Clínica

El SAM se caracteriza por la presencia de un DR intenso, precoz y progresivo con taquipnea, retracciones, espiración prolongada e hipoxemia, en un neonato que presenta uñas, cabello y cordón umbilical teñidos de meconio. En los cuadros severos es frecuente observar el desarrollo de hipertensión pulmonar persistente con hipoxemia refractaria



DX

- Sospecharse ante un DR de comienzo precoz en un neonato con hipoxia intraparto
- Radiológicamente lo más característico es la presencia de condensaciones alveolares algodonosas y difusas, alternando con zonas hiperaireadas

TX

- Mantener una saturación de O₂ entre 85-95% y un pH superior a 7.20. mediante ventilación inicial con CPAP nasal a presión de 4-7 cm de H₂O

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

ES...

Es una alteración leve y autolimitada aunque estudios recientes sugieren que pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de sibilancias en etapas precoces de la vida. denominó también “pulmón húmedo”

CLÍNICA

a taquipnea que puede llegar a 100-120 respiraciones. La presencia de quejido, cianosis y retracciones es poco común, aunque pueden observarse en las formas más severas de TTRN.

DX Y TX

Eminentemente clínico, basado en la sintomatología y los antecedentes del niño.

El único tratamiento a emplear es la asistencia respiratoria adecuada para mantener un intercambio gaseoso suficiente durante el tiempo que dure el trastorno (<4 días)

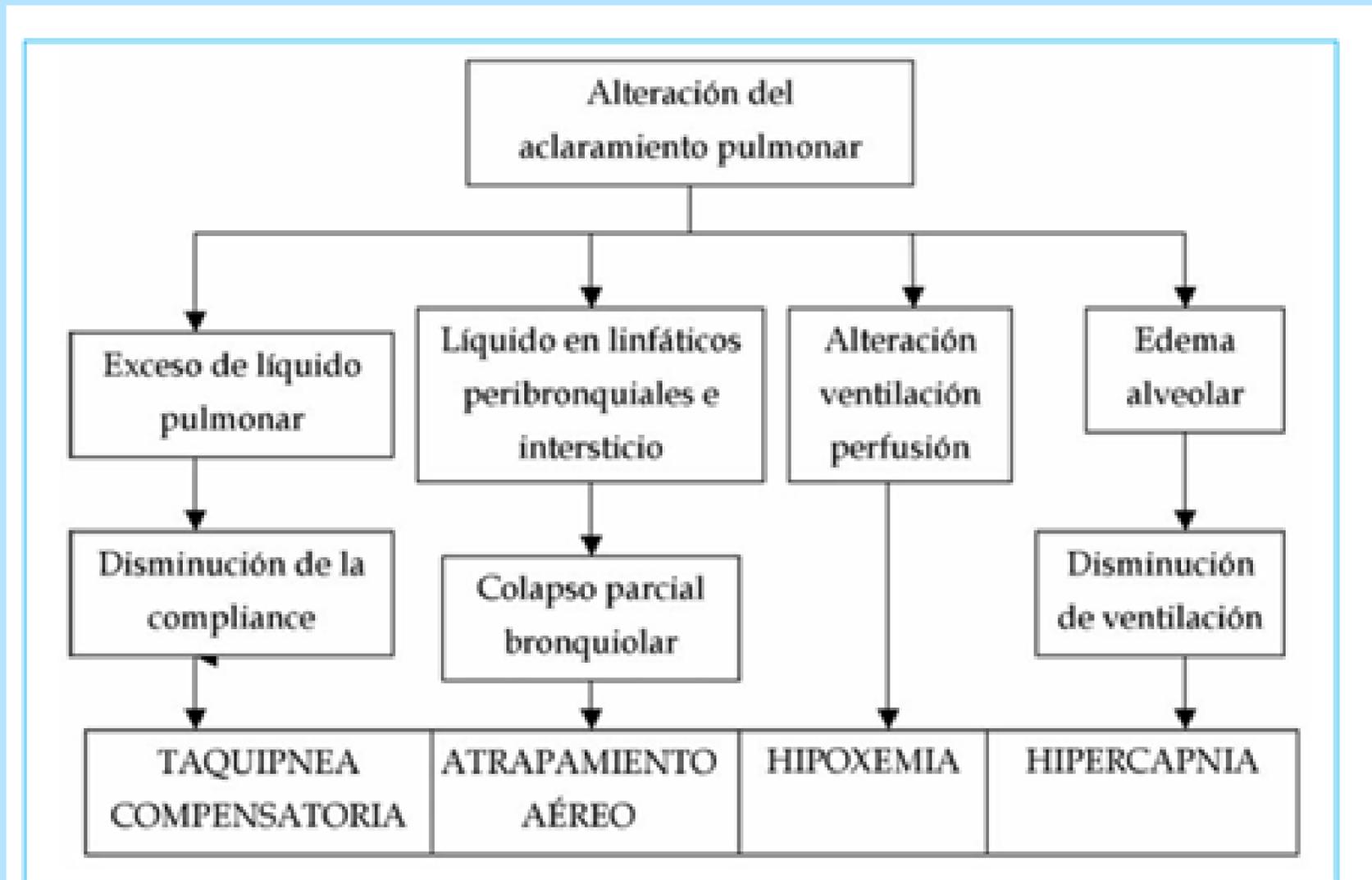


Figura 1. Fisiopatología de la taquipnea transitoria del RN

Enterocolitis necrosante

DEFINICIÓN

Es la patología digestiva adquirida más frecuente y grave en el período neonatal y termina en necrosis del intestino, con o sin perforación

Tabla II. Tratamiento de la ENC

Tratamiento médico

- a.- supresión de la alimentación
- b.- sonda gástrica abierta o con aspiración suave e intermitente
- c.- obtención de muestras para cultivos microbiológicos
- d.- iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro (contemplar los gérmenes más frecuentes en cada unidad y su sensibilidad). Cubrir anaerobios en caso de neumoperitoneo
- e.- monitorización cardiorrespiratoria, saturación de Hb, control de tensión arterial
- f.- balance de líquidos: diuresis, pérdidas por drenajes. Contemplar pérdidas a tercer espacio
- g.- soporte cardiovascular (líquidos, drogas vasoactivas). Beneficio de eficacia no totalmente probada de dopamina a dosis bajas (2-3 mcg/Kg/m) para mejorar el flujo mesentérico y renal
- h.- soporte respiratorio que garantice un intercambio gaseoso adecuado. Tendencia a retención de CO₂ por gran distensión abdominal
- i.- soporte hematológico: concentrados de hematíes, plasma, plaquetas

Tratamiento quirúrgico:

- a.- drenaje peritoneal
- b.- laparotomía con resección y anastomosis término-terminal o colo / enterostomía

Tabla I. Clasificación de la ENC según los Estadios de Bell

I.- Sospecha de ENC:

- a.- signos sistémicos leves: apnea, bradicardia, inestabilidad térmica, letargia
- b.- signos intestinales leves: distensión abdominal, restos gástricos (pueden ser biliosos), sangre oculta en heces.
- c.- radiografía de abdomen: normal o con signos no específicos

II- ENC confirmada:

- a.- signos sistémicos moderados
- b.- signos intestinales adicionales: silencio abdominal, dolor a la palpación del abdomen
- c.- signos radiológicos específicos: neumatosis intestinal o gas en el sistema portal.
- d.- alteraciones analíticas: acidosis metabólica, leucopenia, trombocitopenia

III- ENC avanzada:

- a.- afectación sistémica grave: hipotensión arterial, signos evidentes de shock
- b.- signos clínicos de peritonitis
- c.- signos radiológicos de gravedad: neumoperitoneo
- d.- alteraciones analíticas: acidosis metabólica y respiratoria, leucopenia y neutropenia, trombocitopenia, coagulación intravascular diseminada, proteína C muy elevada

DX

- Clínico
- Eco-Doppler-Color

Bibliografía

Congénitas, S. e. (2023). *Cardiología pediátrica para residentes de pediatría*. 267.

Coto Cotallo GD, L. S. (2008). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Asociación Española de Pediatría*, 285-305.

Demestre Guasch, F. R. (2008). Enterocolitis necrosante . *Asociación Española de Pediatría*, 406-410.

Dr. José Alberto García Aranda, D. R. (2016). *Manual de Pediatría*. México: Mc Graw Hill.