



Universidad del sur
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana



Unidad IV: patologías

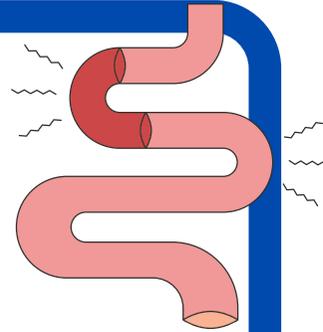
Nombre: Jennifer González Santiz

Grado y grupo: 3°D

Materia: Crecimiento y Desarrollo

Docente: Dra. Rosvani Margine Morales Irecta

ENTEROCOLITIS



- La enterocolitis necrotizante (ECN) es de etiopatogenia poco conocida.
- Se presenta en la mayoría de veces en prematuros de muy bajo peso al nacer y representan aproximadamente el 90% de los recién nacidos infectados

Epidemiología

- La incidencia es de 1 a 5/1000 n. v.
- Ocurre en el 6-12 % de MBPN (bajo peso de nacimiento) (<1500 gr)
- Mortalidad 15-30 %
- RN > 35 ss (10%) desarrollan NEC cuando tienen factores de riesgo
- específicos (Cardiopatías, sepsis, asfixia, hipotensión, policitemia) • Puede presentarse en brotes epidémicos



Factores de riesgo

Prematurez incluyen:

- Rotura prolongada de membranas con amnionitis
- Asfixia en el nacimiento
- Recién nacido pequeño para la edad gestacional
- Cardiopatía congénita
- Anemia
- Exanguinotransfusiones
- Alteración del microbioma intestinal (disbiosis)

Factores intestinales suelen estar presentes:

- Una lesión isquémica anterior
- La colonización bacteriana
- El sustrato intraluminal (es decir, la alimentación enteral)

Diagnostico

- Una radiografía del abdomen del recién nacido.
- Una ecografía del abdomen.
- Una prueba para detectar sangre en las heces del bebé (prueba de sangre oculta en heces).
- Análisis para detectar bacterias en las heces, la sangre, la orina o el líquido cefalorraquídeo.

Cuadro clínico

Gastrointestinales o abdominales:

- Distensión y tensión abdominal.
- Residuo alimenticio luego bilioso.
- Sangre oculta o evidente en heces.
- Residuo fecaloide / eritema pared abdominal / diarrea

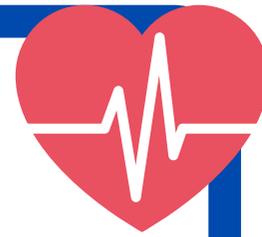
Signos de compromiso multiorgánico.

- Signos de mala perfusión periférica
- Oliguria
- Dificultad respiratoria, taquipnea, apnea.
- Letargo
- Inestabilidad térmica

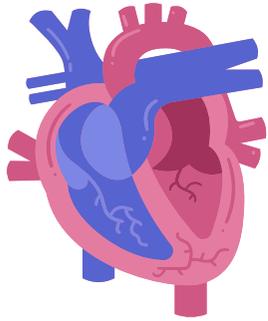
Tratamiento

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





PERSISTENCIA DEL CONDUCTO



ARTERIOSCLEROSO

Diagnostico

- Radiografía de tórax: se observan cambios característicos.
- ECG: Signos de crecimiento del ventrículo izquierdo y datos de sobrecarga diastólica.
- Ecocardiograma: confirma el diagnostico.

Tratamiento

- Recién nacido prematuro:
- Oxigenoterapia
- Mantener temperatura corporal
- Surfactante 5ml/kg/do cada 12 hrs Apoyo ventilatorio
- Líquidos volumen bajo 60-70 ml/kg día
- Digoxina

Cierre farmacológico en RN prematuros:

- Indometacina (0.2 mg/Kg) o ibuprofeno (5 mg/kg), dosis única

Diuréticos

- furosemida
- espironolactona
- Antihipertensivos
- captopril



Factores de riesgo

- Nacimiento prematuro.
- Antecedentes familiares y otras afecciones genéticas: síndrome de Down, aumentan el riesgo de tener un conducto arterioso persistente.
- Infección por rubéola durante el embarazo.
- Nacimiento a una altura elevada
- Sexo femenino.

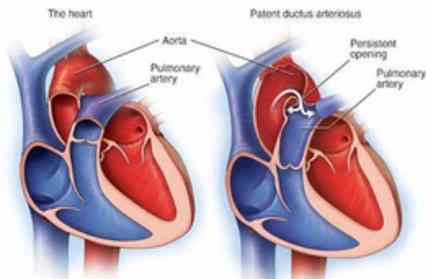
Cuadro clinico

- CAP pequeño: asintomático
- CAP grande o mayor: sintomático (Sx ICC)
- Taquipnea o dificultad al respirar
- Presión arterial bajo
- Taquicardia
- Pulso rápido
- Dificultad para alimentarse
- Falta de crecimiento
- Sudoración al llorar o comer
- Cansancio rápido
- Soplo cardiaco continuo en área pulmonar

Se caracteriza por la persistencia de una conexión fetal normal entre la aorta y la arteria pulmonar. Todos los bebés nacen con esta conexión entre la aorta y la arteria pulmonar, pero normalmente se cierra sola muy poco después del nacimiento.

Epidemiología

- Es responsable del 5-10% de las cardiopatías congénitas; la relación sexo masculino : femenino 1 caso de cada 3.
- Es muy frecuente en los recién nacidos prematuros, está presente en el 45% de aquellos con peso al nacer < 1750 g y en el 70 al 80% de aquellos con peso al nacer < 1.200 g



COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

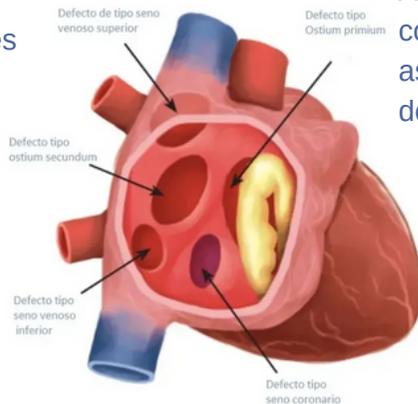
Es un cardiopatía congénita cianógeno de hiperflujo pulmonar. Es una deficiencia del septum que resulta en una libre comunicación entre el lado derecho e izquierdo de las aurículas.

Epidemiología

- La CIA esta presente en el 15 % de todas las cardiopatías congénitas.
- 2ºCardiopatía mas frecuente
- Incidencia: aproximadamente 1 a 2 por cada 1000 nacidos vivos
- Predominio: en mujeres que en hombres.

Factores de riesgo

- Genética: Síndrome de Down, de Holt Oram, Marfan, Noonan y Turner
- Factores ambientales
- Antecedentes familiares



Clasificación

- FORAMEN OVAL DILATADO: localizado en el centro del tabique y con frecuencia de diámetro no muy grande.
- OSTIUM SECUNDUM: localizado en el centro del tabique, puede variar en tamaño. Pueden ser un agujero único, pequeño o largo.
- TIPO SENOVENOSO: situadas en la proximidad de la desembocadura de las venas cava superior, o inferior, y que a menudo se asocian a anomalías en el drenaje de las venas pulmonares derechas
- OSTIUM PRIMUM: En este tipo de malformación existe un defecto en la porción más baja del septo interauricular, por encima de las dos válvulas auriculoventriculares.
- AURÍCULA ÚNICA: es la forma extrema, con ausencia total de tabique y puede ir asociada a anomalías venosas sistémicas, doble vena cava.



Cuadro clínico

- Soplo cardiaco
- Disnea
- Sudoración profusa
- Palpitaciones
- Fatiga
- Hinchazón de las piernas, los pies o el abdomen
- Falta de aliento con la actividad física



Diagnostico

- Examen físico
- Auscultación (desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido)
- Ecocardiografía
- Doppler

Tratamiento

- Cateterismo Cardiaco
- Cirugía a corazón abierto
- Amplatzer



COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

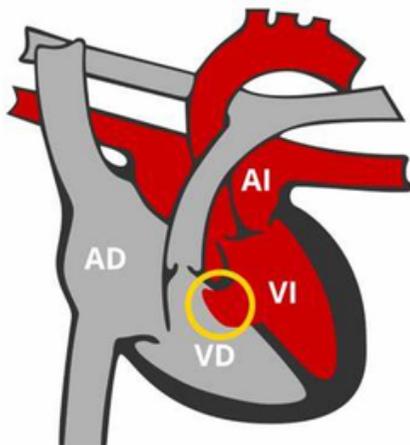
Orificio en el tabique interventricular, que permite la mezcla de sangre oxigenada con sangre desoxigenada.

Epidemiología

- La incidencia es de 1 caso por cada 1000 nacidos vivos.
- La comunicación interventricular es la cardiopatía congénita más frecuente.

Factores de riesgo

- Nacimiento prematuro
- Síndrome de Down y otras afecciones genéticas
- Antecedentes familiares



Clasificación

- CIV INFUNDIBULAR: Este tipo de CIV se localiza por debajo de la válvula pulmonar y de la válvula aórtica, afectando al septum infundíbulo estructura que separa ambas válvulas sigmoideas.
- CIV PERIMEMBRANOSA: Es la más común y ocurre en cerca del 75% de los casos.
- CIV DEL SEPTO DE ENTRADA: Localizada por debajo de la válvula tricúspide.
- CIV MUSCULAR: Localizada en cualquier parte del septum muscular pueden ser lesiones únicas o múltiples.

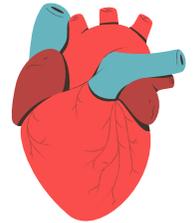
Cuadro clínico

- fatiga
- dificultad respiratoria
- detención de crecimiento
- sudoración
- infecciones
- irritabilidad
- soplo y taquicardia
- hepatomegalia
- cateterismo cardiaco



Diagnostico

- radiografía del tórax
- electrocardiograma
- ecocardiograma



Tratamiento

- PEQUEÑO: no causa síntomas y tienden a cerrarse espontáneamente, 12 a 24 meses de vida
- MEDIANO: Cateterismo o cirugía causa alteraciones significativas en el flujo sanguíneo
- GRANDE: debe tratarse pronto antes de que el paciente cumpla el año de vida (CIRUGIA)



SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

Dificultad respiratoria que ocurre en recién nacidos de término o postérmino provocada por la aspiración de meconio, antes o durante el nacimiento, y como consecuencia el meconio presente en la vía aérea produce una reacción inflamatoria, obstrucción de la vía aérea.

Epidemiología

- Aproximadamente 9-15% de los partos se complican con la presencia de meconio en el líquido amniótico
- El 5 a 12% desarrollan SAM. De los RN que desarrollan SAM entre un 30 a 50 necesitan de ventilación mecánica, un tercio de ellos hipertensión pulmonar
- La mortalidad asociada oscila entre un 4 y 19%

Factores de riesgo

- Insuficiencia placentaria
- Hipertensión materna
- Preeclampsia
- Oligohidramnios
- Compresión del cordón durante la labor
- Infecciones maternas
- Abuso de sustancias tóxicas (Nicotina y cocaína)
- Acidosis fetal

Cuadro clínico

Los signos son:

- taquipnea
- aleteo nasal
- retracciones
- cianosis
- desaturación
- estertores
- roncus
- tinción amarilla verdosa del cordón umbilical, los lechos ungueales o la piel
- Los recién nacidos con atrapamiento aéreo pueden tener un tórax en tonel y, además, signos y síntomas de neumotórax, enfisema pulmonar intersticial o neumomediastino



Diagnostico

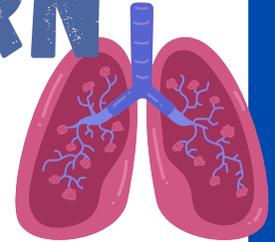
- Radiografía de tórax
- Gasometría
- Hemograma
- Exámenes generales: glicemia, calcemia, electrolitos plasmáticos
- Hemocultivos



Tratamiento

- Intubación endotraqueal y ventilación mecánica según sea necesario
- Suplemento de oxígeno según sea necesario para mantener alta la PaO₂ para relajar la vasculatura pulmonar en los casos con HPP
- Agente tensioactivo (surfactante)
- Antibióticos IV
- Óxido nítrico inhalado en casos graves de HPP
- Oxigenación por membrana extracorpórea

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN



Es un proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento, se presenta con más frecuencia en los RN de término o cercanos a término, que nacen por cesárea o en forma precipitada por vía vagina.

Epidemiología

- Es la causa más frecuente de dificultad respiratoria neonatal.
- La prevalencia en México es de 10 a 20 x 1000 nacimientos

Factores de riesgo

- RN a término o prematuro tardío, sexo masculino y productos macrosómicos.
- Nacimiento por cesárea y factores de riesgo materno (diabetes)
- Retraso en la reabsorción del líquido pulmonar



Cuadro clínico

- Taquipnea con FR >60 rpm, que persiste por más de 12 horas.
- Quejido
- Aleteo nasal
- Cianosis
- Retracciones subcostales
- Diámetro ant-post aumentado → Tórax en tonel
- Edema
- Taquicardia con TA normal
- Campos pulmonares sin estertores ni sibilancias

Diagnostico

- Radiografía de tórax
- Oximetría de pulso
- Gasometría arterial
- Biometría hemática
- Hemocultivo

Tratamiento

- Oxígeno → Saturación de oxígeno 88 y 95%.El RN con TT habitualmente no requiere FiO2 mayor del 40%.
- Presión Positiva Continua de la Vía Aérea o CPAP
- Ventilación mecánica

