

UDS

Mi Universidad

FLASHCARDS.

Paul maría Oropeza López

Crecimiento y desarrollo

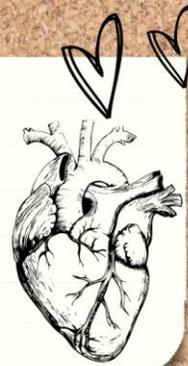
Dra. Rosvanni margine morales irecta

4 parcial

3° semestre Grupo "D"



CARDIOPATIAS CONGENITA



01

LA CARDIOPATIAS CONGENITAS SON EL GRUPO DE MALFORMACIONES CONGENITAS MÁS COMUNES

Acinogenas

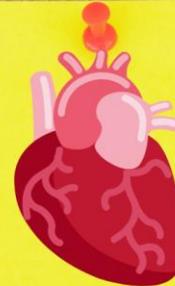
- Persistencia del conducto arterioso
- Comunicación interventricular
- Canal auriculoventricular completo
- Ventana aortopulmonar



CIANOGENAS

- Tetralogía de Fallot
- Transposición de los grandes vasos
- Tronco arterioso
- Conexión anomala venosa pulmonar total

02



03

Diagnóstico

- La ecocardiografía o el ecocardiograma
- Electrocardiograma (ECG)
- Cateterismo cardíaco
- Radiografía de tórax
- Pruebas genéticas
- Rm cardíacas
- Oximetría de pulso

Tratamiento

- El tratamiento depende del estado de gravedad del paciente
- Los tratamientos incluyen el uso de medicamentos para bajar la presión arterial y controlar la frecuencia cardíaca, dispositivos cardíacos, procedimientos de cateterismo y cirugía.
- Los casos más graves pueden requerir un trasplante de corazón.

Bibliografía
<https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/articulo/download/140/246>

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO (PCA)

1

QUE ES??

Estructura embrionaria que tiene origen del 6° arcos aorticos. Lo normal es que cierre en 24-36 h de vida.
Tipo de cardiopatía: No cianógena con aumento del flujo pulmonar con cardiomegali

2

ASPECTOS ANATÓMICOS

- Persistencia de una comunicación entre la aorta descendente y la arteria pulmonar después del nacimiento
- Dilatación de la arteria pulmonar como consecuencia del hiperflujo que pasa por ella
- Dilatación de ventrículo izquierdo como consecuencia de sobrecarga drástica
- Puede también haber dilatación de la aurícula izquierda

3

FISIOLOGIA

La comunicación entre una cámara de mayor presión (aorta a menor presión pulmonar) (circulación de izquierda a derecha) condiciona el paso de sangre de la aorta hacia la segunda rama que provoca hipervolemia del circuito menor.
Después de atravesar el pulmón, el hiperflujo alcanza a la aurícula izquierda (AI) y al ventrículo izquierdo (VI), provocando una sobrecarga de volumen de esta cavidad. Después de haberse fugado la sangre por el conducto, la aorta lleva menor cantidad de sangre hacia la circulación general.

- Presión de la aorta media: 100 mmHg
- Presión de la arteria pulmonar: 10-15 mmHg
- Cavidades que sufren: aurícula izquierda, ventrículo izquierdo, ventrículo derecho
- El cortocircuito es de izquierda a derecha (de sangre oxigenada a no oxigenada)
- Dependiendo de la evolución si los pacientes no se operan se produce persistencia del conducto arterioso reverso donde la pulmonar aumenta la presión más que la aorta y se vuelve una cardiopatía cianógena.
- El cortocircuito que sea mayor o menor depende del tamaño del cortocircuito.
- A mayor presión de la arteria pulmonar, menor cortocircuito.
- A menor presión de la pulmonar, mayor cortocircuito
- A mayor presión de la aorta, mayor cortocircuito
- A menor presión de la pulmonar, menor cortocircuito

5

TX FARMACOLOGICO

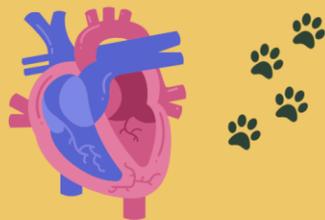
Indometacina a dosis de 0.2 mg/kg en 20 minutos, se puede administrar una segunda o tercera dosis, y se valoran resultados en las siguientes 24-48 horas.

BIBLIOGRAFIA:
[HTTPS://REVZOI.COM/ARTICULO/DOWNLOAD/140/246](https://revzoi.com/articulo/download/140/246)

COMUNICACION INTERVENTRICULAR

1. PATOLOGIA

PATOLOGIA CARACTERIZADA POR LA COMUNICACION ENTRE AI Y AD 3RA CARDIOPATIA CONGENITA MAS FRECUENTE



2. TIPOS

- OSTIUM SECUNDUM: MAS COMUN SE PRODUCE EN LA PARTE BAJA DEL TABIQUE AURICULAR.
- OSTIUM PRIMUM: 20% CASOS, SE PRODUCE EN LA PARTE SUPERIOR DE LA PARED QUE SEPARA LAS CAVIDADES DEL CORAZON SENOS CORONARIO: FALTA DE UNA PARTE DE LA PARED

3. CUADRO CLÍNICO

- CIANOSIS
- FATIGA
- EDEMA
- HIPOCRATISMO DIGITAL
- ICC » TTO PAL.



4. DIAGNÓSTICO

- AUSCULTACION
- EKG
- ECOCARDIOGRAMA
- CATETERISMO
- RADIOGRAFIA DE TORAX

Bibliografía:
<https://revzoiomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/140/246>

ENTEROCOLITIS NECROZANTE

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Fusce eros diam, convallis eget urna vitae, sodales vehicula augue. Fusce a ornare maTrastorno multifactorial caracterizado por necrosis isquémica de la mucosa intestinal, caracterizada por:
Inflamación severa
Invasión de microorganismos productores de gas entérico
Presencia de gas a nivel intestinal y del sistema venoso portalgna. Sed vitae dignissim nunc. Curabitur a tristique ligula, eget lobortis nisi. Duis non faucibus massa, a lobortis risus.

1

2

Clasificación de Bell Enterocolitis necrotizante

Estadio	Clasificación	Signos sistémicos	Signos abdominales	Signos radiográficos
IA	Sospecha	Cambios temperatura, apnea, taquifardia, letargo	Distensión abdominal, vómitos, eructos gástricos, sangre oculta en heces	Normal o leve dilatación de asas, lisa leve
IB	Sospecha	Mucosa IA	Hemorragias evidentes	Mucosa IA
IIA	Definida (leve)	Mucosa I	Mucosa I + ascitis nódulos intestinales, US sensibilidad abdominal	Dilatación asai, neumatisación intestinal
IIIB	Definida (moderada)	Mucosa IIA y gasos intestinales y hemorragias	Mucosa IIB + US sensibilidad abdominal + masa en CD	Mucosa IIA + ascitis
IIIA	Avanzada (severa)	IIA + letargia, US, taquicardia, vómitos, eructos gástricos, sangre oculta en heces	Mucosa IIB + signos perforación, distensión abdominal y sensibilidad marcada	Mucosa IIA + ascitis
IIIB	Avanzada perforada	Mucosa IIA	Mucosa IIA	Mucosa IIA + neumoperitoneo

Spotlight: mas del 90% de los casos se presentan en neonatos con peso <1500 g y <32 semanas de gestación. La incidencia de la enfermedad disminuye conforme aumenta el peso y la edad gestacional.

CCO: clasificación internacional estandarizada
Los datos epidemiológicos de esta enfermedad cambian constantemente. Siempre deberá consultarse a un pediatra de la salud o tener siempre la última versión.

SPOTLIGHTMed

Enterocolitis Necrosante

Es un proceso intestinal inflamatorio agudo que se caracteriza por una necrosis localizada (del intestino) que puede complicarse como una perforación o hasta una perforación intestinal.

Epidemiología

Prevalencia 90%
Termino 10%

Los principales factores de riesgo son:
Prematurez
Bajo Peso

Cuadro Clínico

Los bebés que se presentan al hospital por esta patología refieren alguno de estos síntomas:

- Apnea
- Dificultad respiratoria
- Distensión de la región abdominal
- Letargia
- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Diarrea

Tratamiento

- Estabilización hemodinámica
- Antibióticos



Cuadro Clínico

- Cambio repentino en la tolerancia oral
- Retraso en el vaciamiento gástrico
- Distensión y dolor abdominal
- Vómito
- Apnea
- Letargia

3

4

5

DIAGNÓSTICO

- Laboratorio
- Radiografía de abdomen
- Eco Doppler



Bibliografía:

<https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/download/140/246>

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

01 Que es?.

La TTRN es un proceso respiratoria o no infeccioso se caracteriza por frecuencia respiratoria a 760 y otros datos clínicos de dificultad respiratoria leve a moderada con persistencia 76hrs

02 Que ocurre?.

Un retraso en la absorción de líquido pulmonar
Limitado a 48- 72 hrs maximo
5 días

03 Factores de riesgo

- Bebes prematuros madre con DM
- parto por cesárea
- Obesidad materna
- Asma materna

04 Clinica

- TOP: Taquipnea (FR >60 rpm)
- Otros: Cianosis
- MV claro, sin estertores ni roncós
- Leve - moderada son sintomáticos por 12-24 hrs pero pueden durar 72 h si es Grave



05 DIAGNÓSTICO

- Bñ
- nemocultivo
- radiografía de tórax
- datos radiológicos

