



Nombre del Alumno: Sergio

Rodrigo Flores Diaz

Materia: Crecimiento y desarrollo

Tema: Flashcard

Grado: 3ro

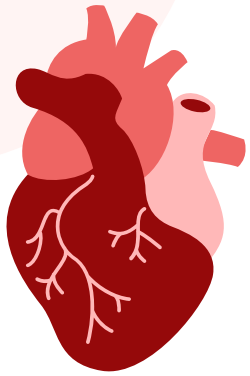
Grupo: D

Fecha: 15/12/2022

CARDIOPATIAS CONGENITAS



LA CARDIOPATÍAS CONGENITAS SON EL GRUPO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÁS COMUNES



CARDIOPATÍAS CONGENITAS

Acinogenas

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

CIANOGENAS

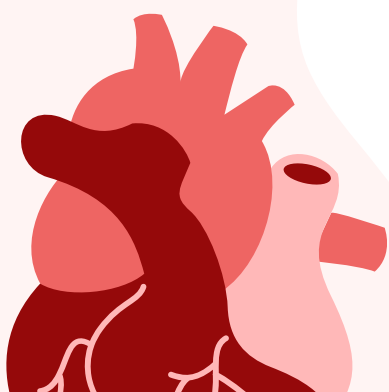
- Tetralogía de Fallot
- Transposición de los grandes vasos
- Tronco arterioso
- Conexión anomala venosa pulmonar total

Diagnóstico

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

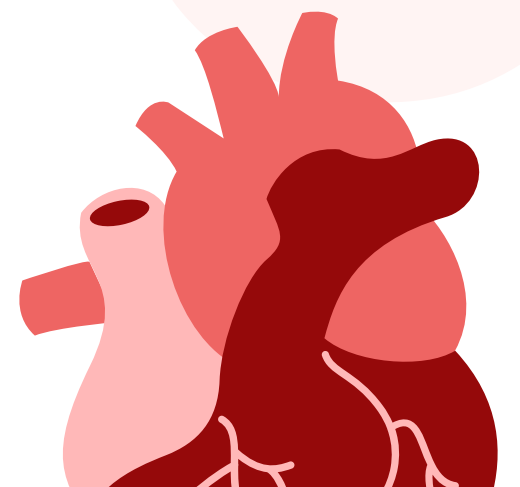
Tratamiento

- 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/article/download/140/246>



PERSISTENCIA DEL CONFUCTO ARTERIOSO (PCA)

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 cardiomegalia

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 ventriculo izquierdo como consecuencia de sobrecarga drástica
- Puede también haber dilatación de la aurícula izquierda

Fisiología

- La comunicación entre una cámara de mayor presión (aorta a mayor presión pulmonar) (circulación de izquierda a derecha) condiciona el paso de sangre de la ormeria hacia la secundaria lo que provoca hipervolemia del circuito menor. Después de atravesar el pulmón, el hiperflujo alcanza a la aurícula izquierda (AI) y al ventriculo 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, ventriculo derecho
- El cortocircuito es de izquierda a derecha (de sangre oxigenada a no oxigenada)
- Dependiendo de la evolución si los px no se operan se produce persistencia del conducto
- arterioso reverso donde la pulmonar aumenta su 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 aorta menor cortocircuito
- A mayor presión de la aorta mayor cortocircuito
- A menor presión de la pulmonar menor cortocircuito

Tx farmacológico

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.

Bibliografía:

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

COMUNICACION INTERVENTRICULAR

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

TIPOS

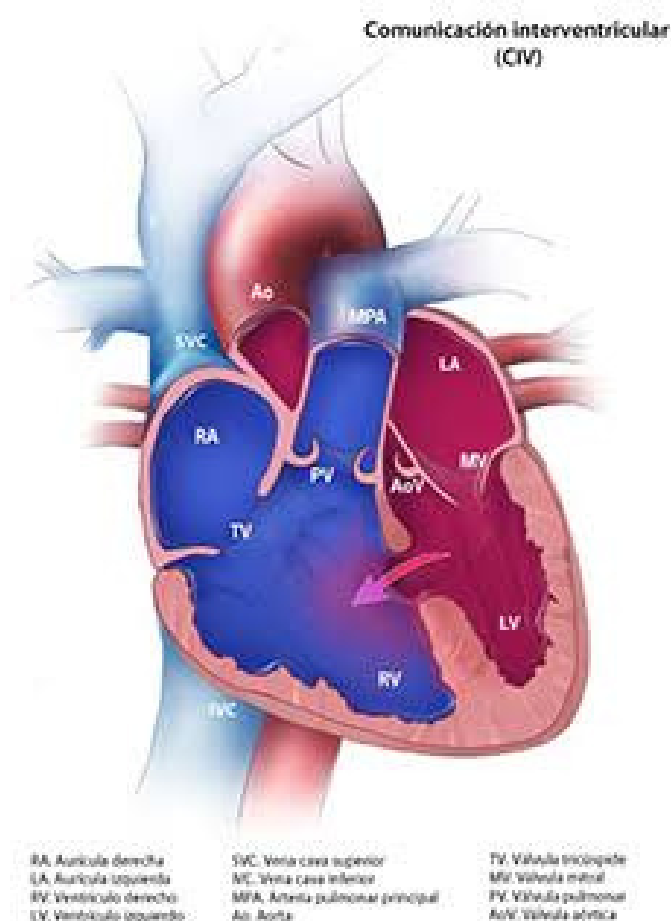
- **OSTIUM SECUNDUM:** MAS COMUN SE PRODUCE EN LA PARTE BAJA DEL TABIQUE AURICULAR.
- **OSTIUM PRIMUN:** 20% CASOS, SE PRODUCE EN LA PARTE SUPERIOR DE LA PARED QUE SEPARA LAS CAVIDADES DEL CORAZON SENOS CORONARIO: FALTA DE UNA PARTE DE LA PARED

CUADRO CLÍNICO

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

DIAGNÓSTICO

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



Bibliografía:

<https://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/download/140/246>

SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL

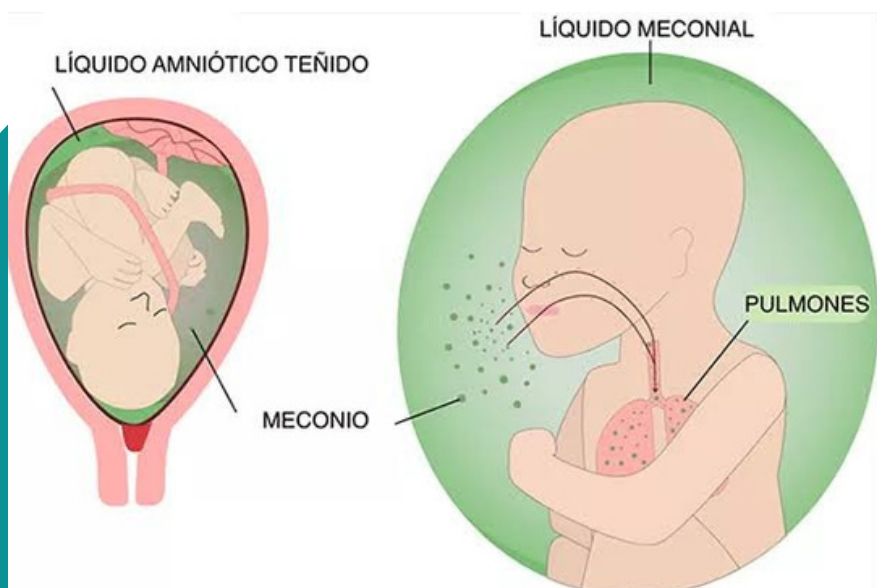
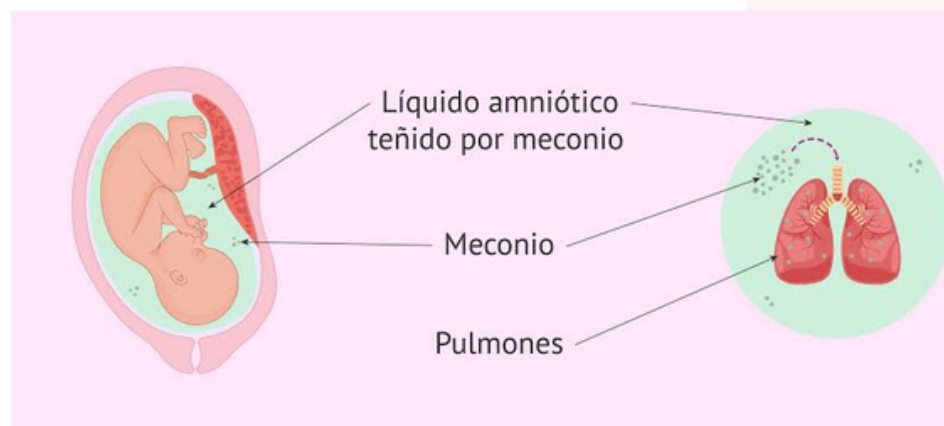
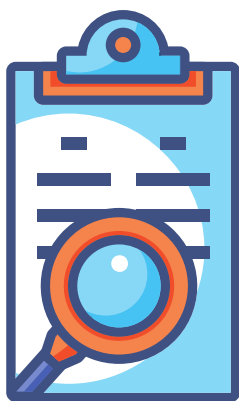
se produce cuando el sobre esfuerzo obliga al feto a tomar bocanadas de aire, de manera que inhala el líquido amniótico que contiene meconio y este se deposita en los pulmones.

clasificación

LEVE	<ul style="list-style-type: none">• Discreta polipnea• Hiperinsuflación torácica.• No existe alteración de la PO₂ ni de la PCO₂, FiO₂ < 0,4.
MODERADA	<ul style="list-style-type: none">• Hipercapnia• Cianosis• Necesidad de FiO₂ progresivamente creciente en las primeras 12-24 hrs, incluso VM.• Pueden desarrollar neumotórax o insuficiencia cardiaca por hipoxia e HPPN.
GRAVE	<ul style="list-style-type: none">• Hipoxemia e hipercapnia desde el nacimiento que precisa VM con FiO₂ altas y medidas de soporte cardiovascular.• Desarrollan un cuadro de HPPN.• Auscultación: ronos y estertores diseminados.

Clasificación

- Piel impregnada de meconio
- Síntomas asfícticos
- Dificultad respiratoria precoz
- Cianosis secundaria Convulsiones



DIAGNÓSTICO

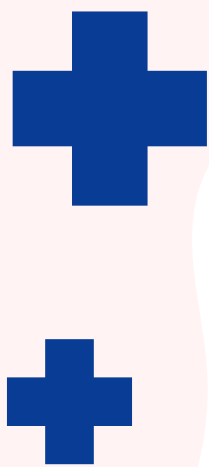
- Radiología
- Laboratorio



Bibliografía:

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

ENTEROCOLITIS NECROZANTE



Trastorno 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 portal

Cuadro Clínico

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

Criterios de Bell

Clasificación de Bell Enterocolitis necrotizante

Estadio	Clasificación	Signos sistémicos	Signos abdominales	Signos radiográficos
IA	Sospecha	Cambios temperatura, apnea, bradicardia, letargo	Distensión abdominal, vómito, retención gástrica, sangre oculta en heces +	Normal o leve dilatación de asas, ileo leve
IB	Sospecha	Mismos IA	Hematoquecia evidente	Mismos IA
IIA	Definida (leve)	Mismos I	Mismos I + ausencia ruidos intestinales, c/s sensibilidad abdominal	Dilatación asas, neumatosis intestinal
IIB	Definida (moderada)	Mismos IIA + acidosis metabólica y trombocitopenia	Mismos IIA + c/s celulitis abdominal o masa en CID ¹	Mismos IIA + ascitis
IIIA	Avanzada (severa)	IIB + hipotensión, bradicardia, apnea severa, CID, neutropenia, acidosis metabólica/respiratoria	Mismos IIB + signos peritonitis, distensión abdominal y sensibilidad marcada	Mismos IIA + ascitis
IIIB	Avanzada perforada	Mismos IIIA	Mismos IIIA	Mismos IIIA + 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.

CID: coagulación intravascular diseminada
Lo que presentamos es únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.



ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

La enterocolitis necrotizante es una enfermedad derivada de una necrosis isquémica de la mucosa o submucosa intestinal como consecuencia de un proceso inflamatorio

INCIDENCIA DE LA ENTEROCOLITIS EN LAS UCIN

HASTA 5%

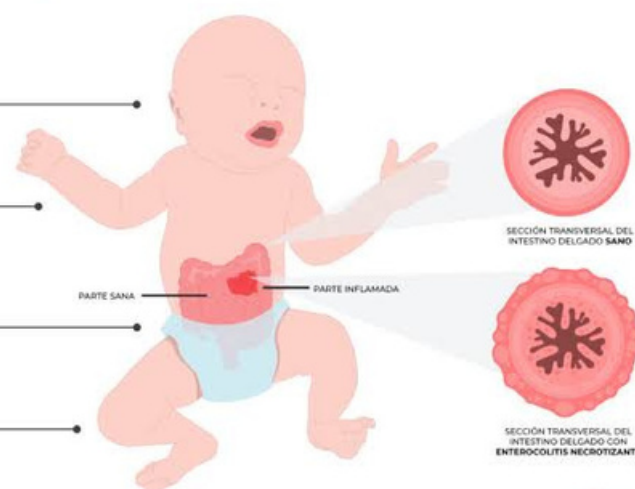
GRUPO DE EDAD MÁS VULNERABLE
< 34 SEMANAS

CASOS REPORTADOS TRAS EL INICIO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

90%

INCIDENCIA DE MORTALIDAD ELEVADA

20% - 50%



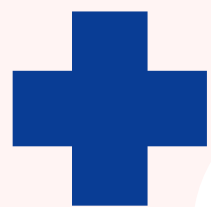
DIAGNÓSTICO

- Laboratorio
- Radiografía de abdomen
- Eco Doppler

Bibliografía:

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

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO



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



¿Que ocurre?

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

Factores de riesgo

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

Clinica

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



DIAGNÓSTICO

- Bh
- nemocultivo
- radiografía de tórax
- datos radiológicos

Bibliografía:

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