



Mi Universidad

FLASH CARDS

Nombre del Alumno: Diana Rocio Gómez López

Nombre del profesor: Dra. Rosvani Margine Morales Irecta

Nombre del tema: CARDIOPATIAS

Parcial: Cuarto

Nombre de la Materia: crecimiento y desarrollo

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Semestre: 3

Grupo: D

persistencia del conducto arterioso

PROVIENE DEL 6TO ARCO ARTICO Y SE DA POR LA INHIBICION DE SINTESIS DE PGs E2 E I2 Y AUMENTO DE PaO2

QUE ES?

Se produce durante el desarrollo feta, el tronco primitivo no se divide en la arteria pulmonar y aorta lo que da origen a la union y formacion de un solo tronco arterial sobre la comunicacion interventricular mezclando la sangre oxigenada y desoxigenada ingresa en las circulaciones sistematica, pulmonar y coronaria

CLINICA

- soplo sistólico de eyección (se ausculta en región infraclavicular izquierda y borde paraesternal superior izquierdo)
- Precordio hiperactivo
- taquicardia
- pulsos saltones en región postductal
- polipnea
- apnea
- hepatomegalia

DIAGNOSTICO

- Radiografía
- electrocardiograma
- se confirma con ecocardiograma bidimensional de flujo Doppler color
- clinico
- que se ve en un ecocardiograma
- Parámetros que debemos valorar:
- Dirección del shunt y patrón de flujo durante el ciclo cardiaco
- Diámetro interno del ductus
- Función cardiaca.
- Tamaño de la aurícula izquierda y relación Aurícula izquierda(AI) / (Ao) Raíz aórtica
- Efectos en la circulación periférica

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico consiste en la reparación durante el período neonatal. Se cierra la comunicación interventricular, de manera que el ventrículo izquierdo expulse la sangre a la raíz del tronco

a indometacina es un inhibidor de la ciclooxigenasa

Ibuprofeno antiinflamatorio no esteroideo

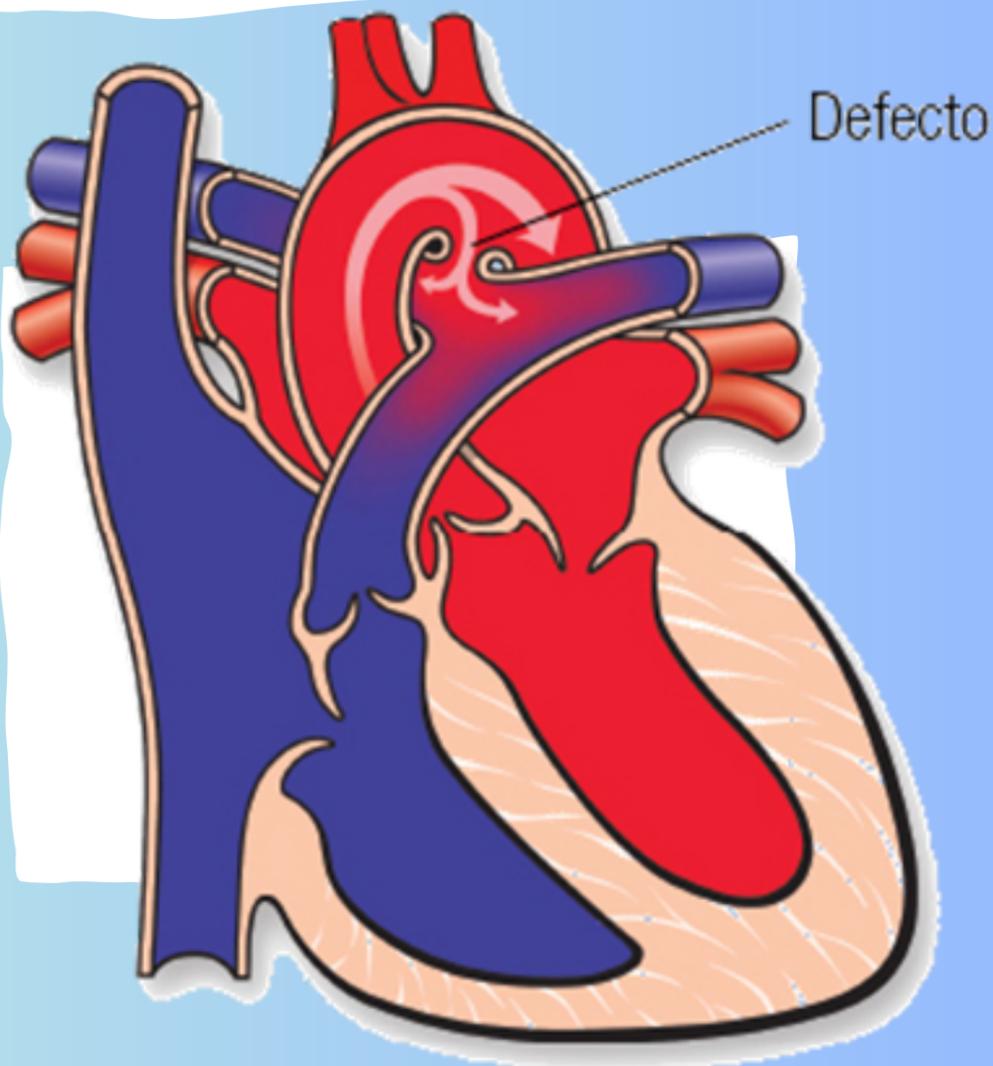
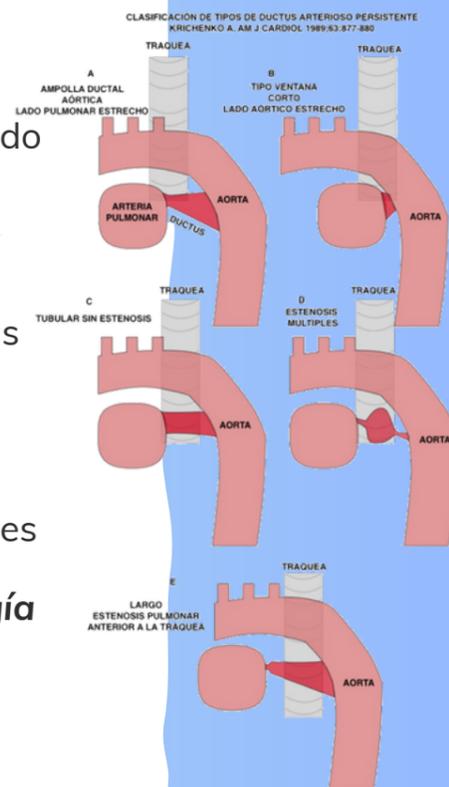
tratamiento conservador incluye: - Restricción líquida Utilización de diuréticos (furosemida, clorotiazida)

CLASIFICACIÓN

- **Tipo I:** el tronco de la arteria pulmonar nace del tronco común y después se divide en arterias pulmonares derecha e izquierda.
- **Tipo II:** las arterias pulmonares derecha e izquierda nacen por separado (pero adyacentes entre sí) de la cara posterior del tronco.

Tipo III: las arterias pulmonares derecha e izquierda nacen de las caras laterales de la raíz del tronco razonablemente alejadas entre sí.

Tipo IV: Ambas arterias pulmonares son suministrados por vasos colaterales de la aorta descendente. (El tipo IV se reclasifica actualmente como **tetralogía de Fallot con atresia pulmonar**)



COMUNICACION INTERAURICULAR

Hay aumento del flujo sanguíneo pulmonar y el volumen en la AD y el VD

QUE ES?

Afección dada debido a presencia de un orificio entre las 2 cavidades superiores del corazón (aurícula derecha e izquierda) - Flujo sanguíneo anormal

CLINICA

- fatiga
 - cansancio
 - taquipnea
 - dificultad para respirar
 - crecimiento deficiente
 - frecuencia de infección respiratoria
 - Niños menores: Curva de peso lento y tendencia a infección respiratoria baja
 - Niños mayores: intolerancia a ejercicio
- las CIA grandes pueden no causar síntomas en niños pequeños

DIAGNOSTICO

- Radiografía de torax (cardiomegalia)
- electrocardiograma
- se confirma con ecocardiograma bidimensional de flujo Doppler color
- clínico
- Cateterismo cardiaco → toma de presión de las 4 cavidades, arteria pulmonar y aorta
- el ECG puede mostrar una desviación del eje a la derecha, hipertrofia ventricular derecha o retraso en la contracción del ventrículo derecho (unpatrón rSR' en V1 con R' alta).
- ecocardiografía confirmará la presencia de una CIA, define la localización anatómica y el tamaño del defecto y evalúa el grado de sobrecarga de volumen de la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

TRATAMIENTO

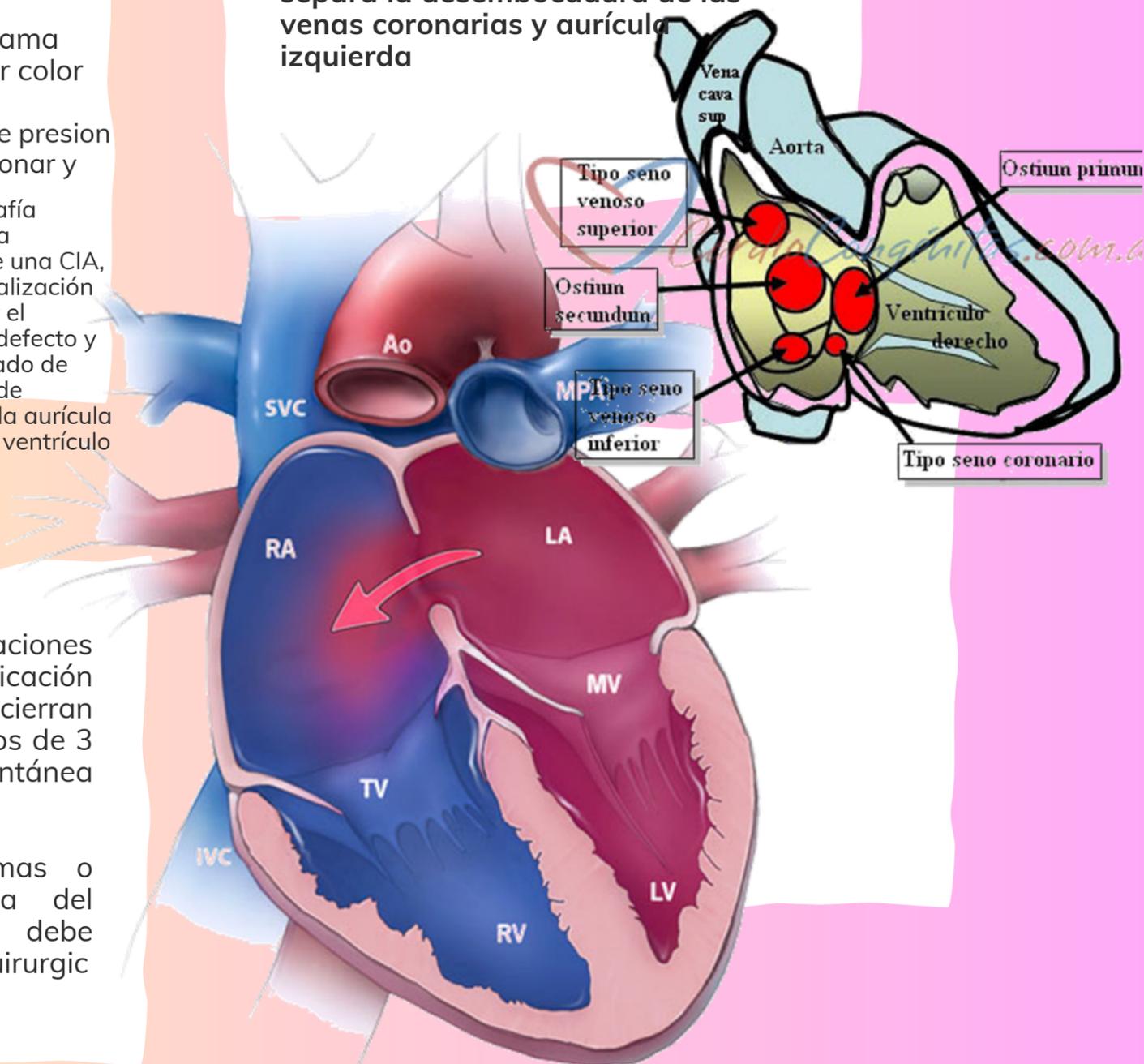
La mayoría de las comunicaciones interauriculares pequeñas de ubicación central (< 3 mm) cierran espontáneamente; muchos defectos de 3 a 8 mm cierran en forma espontánea antes de los 3 años.

CIA con producción de síntomas o dilatación de cavidad derecha del corazón o diámetro ≥ 6 mm debe someterse a cierre percutáneo o quirúrgico

CLASIFICACIÓN

según la localización:

- Ostium secundum: defecto en la fosa oval - en la parte central (o el medio) del tabique interauricular
- Seno venoso: defecto en la parte posterior del tabique, adyacente a la vena cava superior o la vena cava inferior, asociado frecuentemente con anomalía del retorno de las venas pulmonares derechas superior o inferior a la aurícula derecha o la vena cava.
- Ostium primum: defecto en la parte anteroinferior del tabique, una forma de defecto del tabique auriculoventricular (defecto de las almohadillas endocárdicas)
- CIA tipo seno coronaria Infrecuente, debido a ausencia de tejido que separa la desembocadura de las venas coronarias y aurícula izquierda



COMUNICACION INTERVENTRICULAR

Hay aumento del flujo sanguíneo pulmonar y de los volúmenes de la AI y el ventrículo izquierdo

QUE ES?

Es una abertura en el corazón y constituye un defecto cardíaco común que está presente al momento del nacimiento (congénito) y permite que pase sangre desde el lado izquierdo hacia el lado derecho del corazón causa un cortocircuito entre los ventrículos.

CLINICA

- DEPENDEN DEL TAMAÑO DE LA COMUNICACIÓN Y LA MAGNITUD DEL CORTOCIRCUITO IZQUIERDA-DERECHA
- SOPLO
- ASINTOMATICO
- DISNEA
- FATIGA A LA ALIMENTACIÓN, AL LLANTO,
- DIAFORESIS
- DIFICULTAD PARA GANAR PESO
- INSUFICIENCIA CARDIACA.
- LOS PACIENTES NO TRATADOS PUEDEN PRESENTAR SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE EISENMENGE

DIAGNOSTICO

- Radiografía de torax (cardiomegalia
 - electrocardiograma
 - se confirma con ecocardiograma bidimensional de flujo Doppler color
 - clinico
- El ECG revela hipertrofia ventricular derecha o hipertrofia ventricular combinada y, en ocasiones, hipertrofia auricular izquierda
 - ecocardiografía confirmará la presencia como la localización y el tamaño de la comunicación y la presión ventricular derecha.

TRATAMIENTO

diuréticos, la digoxina y los inhibidores de la ECA pueden ser útiles para controlar los síntomas de insuficiencia cardíaca antes de la cirugía cardíaca o contemporizar en lactantes

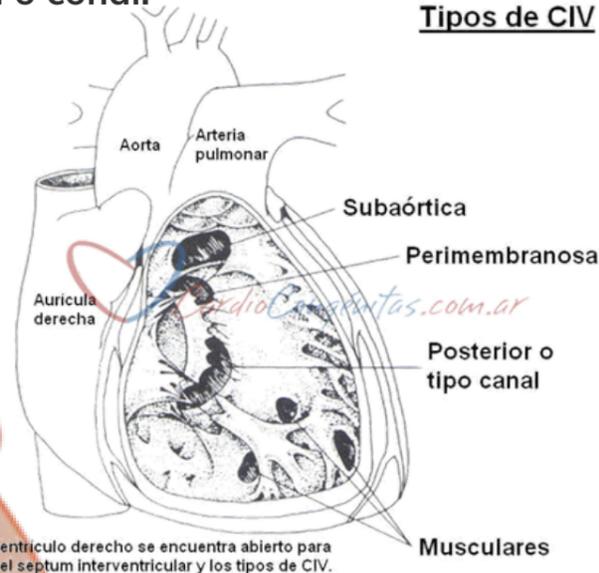
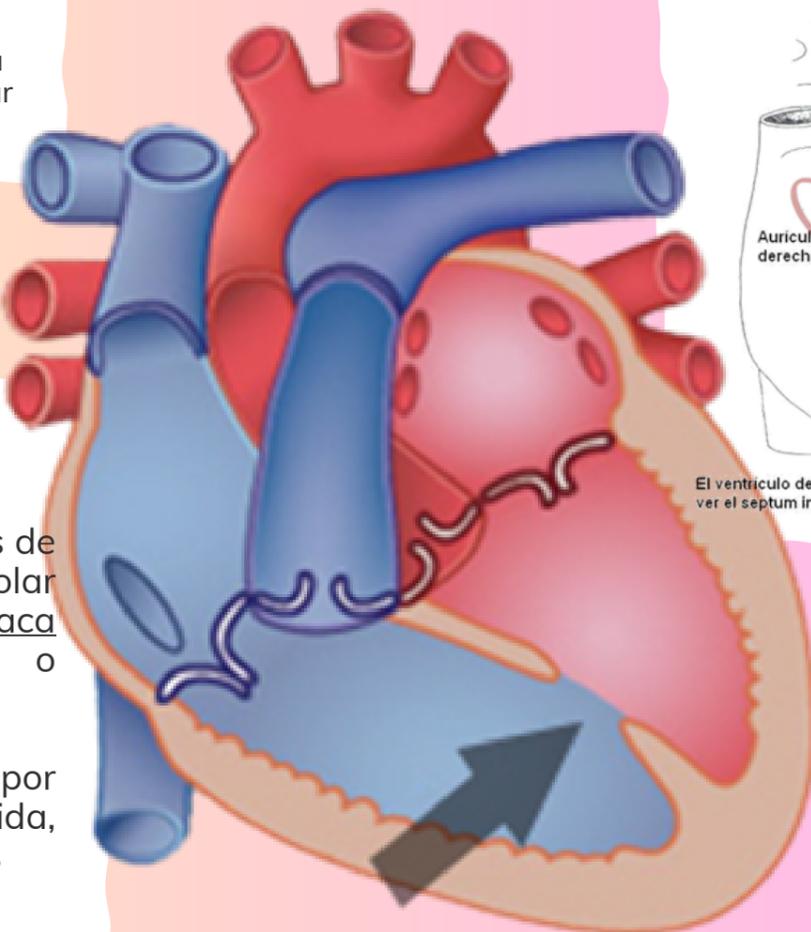
se debe hacer reparación quirúrgica, por lo general durante el primer año de vida, para evitar complicaciones posteriores

CLASIFICACIÓN

según la localización:

- Perimembranoso (también llamado conoventricular) el tipo más frecuente de esta comunicación se localiza inmediatamente por debajo de la válvula aórtica.
- Muscular trabecular y pueden localizarse en cualquier lugar del tabique.
- Del tracto de salida subpulmonar (supracristal, conoseptal o subarterial doblemente relacionada) se localizan en el tabique interventricular inmediatamente por debajo de la válvula pulmonar.
- Entrada (tipo septal auriculoventricular, tipo de canal auriculoventricular) están limitadas en la parte superior por el anillo tricuspídeo y se localizan por detrás del tabique membranoso.
- alineación anormal se caracterizan por el desplazamiento del tabique en la región terminal o conal.

Tipos de CIV



SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO

El síndrome de aspiración meconial es una dificultad respiratoria (distrés respiratorio) del recién nacido que ha inhalado (aspirado) un material fecal estéril de color verde oscuro llamado meconio hacia el interior de los pulmones antes del parto o en los momentos inmediatos al mismo.

SINTOMAS

dificultad respiratoria, lo que se traduce en respiración rápida con retracción de la parte baja del tórax al inspirar y un sonido similar a un resoplido al espirar.

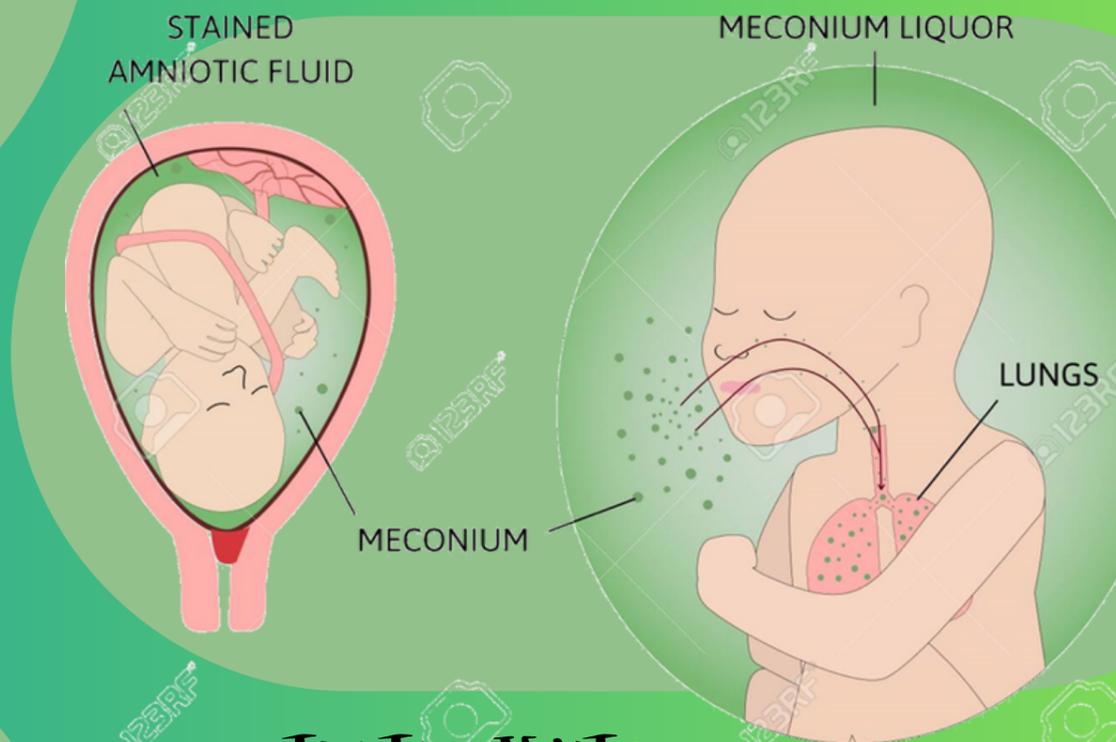
cianosis

En los recién nacidos la piel puede cambiar a colores como amarillo-gris, gris o blanco

presión arterial baja
cordón umbilical color amarillo verdoso
hipoxia
Taquipnea
aleteo nasal

FACTORES DE RIESGO

- < 5 controles prenatales
- Apgar < 7 al primero o 5 Cesárea
- Meconio espeso
- Meconio debajo de CV
- Oligohidramnios
- Masculino
- RCIU
- Prolapso de cordón
- Multiparidad
- qualquier evento que cause hipoxia



DIAGNOSTICO

- Meconio en el líquido amniótico
- Dificultad respiratoria
- Radiografía de tórax se observa

pulmonar generalizada con diafragmas abatidos o áreas de atrapamiento de aire; infiltrados gruesos y/o irregulares o un patrón difuso en parches y zonas de atelectasias o consolidación

TRATAMIENTO

- succión de las vías respiratorias
- Medidas para apoyar la respiración
- A veces, surfactante y antibióticos
- ventilación mecánica
- de presión positiva continua en la vía respiratoria





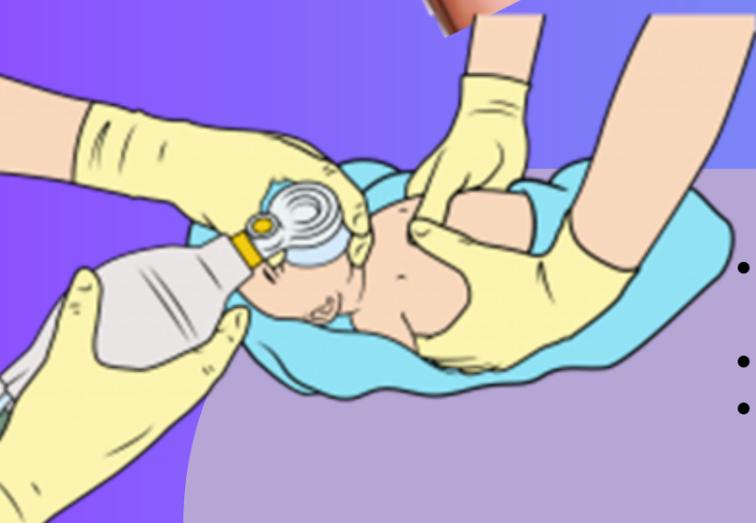
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

es una respiración temporalmente rápida y algunas veces fatigosa que se presenta, a menudo, con concentraciones bajas de oxígeno en sangre debidas al exceso de líquido en los pulmones después del nacimiento.

SINTOMAS

Inicio de taquipnea (FR > 60 respiraciones/minuto) dentro de las dos horas posteriores al parto en recién nacidos prematuros tardíos y de término

- Cianosis
 - aleteo nasal
 - retracciones intercostales y subcostales y gruñidos espiratorios)
 - Los ruidos respiratorios suelen ser claros, sin estertores ni ronquido
- taquipnea



FACTORES DE RIESGO

en recién nacidos prematuros o en recién nacidos prematuridad
parto por cesárea
trabajo de parto
diabetes y obesidad maternas

DIAGNOSTICO

- Frecuencia respiratoria y dificultad respiratoria
- Radiografía de tórax:
Características radiográficas:
 - ▪ Volúmenes pulmonares aumentados con diafragmas planos
 - ▪ Cardiomegalia leve y marcas vasculares prominentes en un patrón de rayos de sol que se originan en el hilio
 - ▪ Líquido en las fisuras interlobares y puede haber derrames pleurales
 - ▪ El edema alveolar puede aparecer como densidades esponjosas
 - ▪ No hay áreas de densidades alveolares o consolidaciones
-
- Análisis de sangre y hemocultivos según sea necesaria

TRATAMIENTO

- oxígeno a través de un tubo con dos cánulas nasales introducido en las fosas nasales
- presión positiva continua en las vías respiratorias
- un ventilador (una máquina que ayuda a introducir y extraer el aire de los pulmones).

ENTEROCOLITIS, NECROTIZANTE EN EL RECIÉN NACIDO

es una enfermedad grave en los recién nacidos. Se produce cuando el tejido del intestino grueso (colon) se inflama. Esa inflamación daña y, en ocasiones, mata el tejido del colon de su bebé

SINTOMAS

suelen aparecer en las dos primeras semanas de vida y pueden incluir:

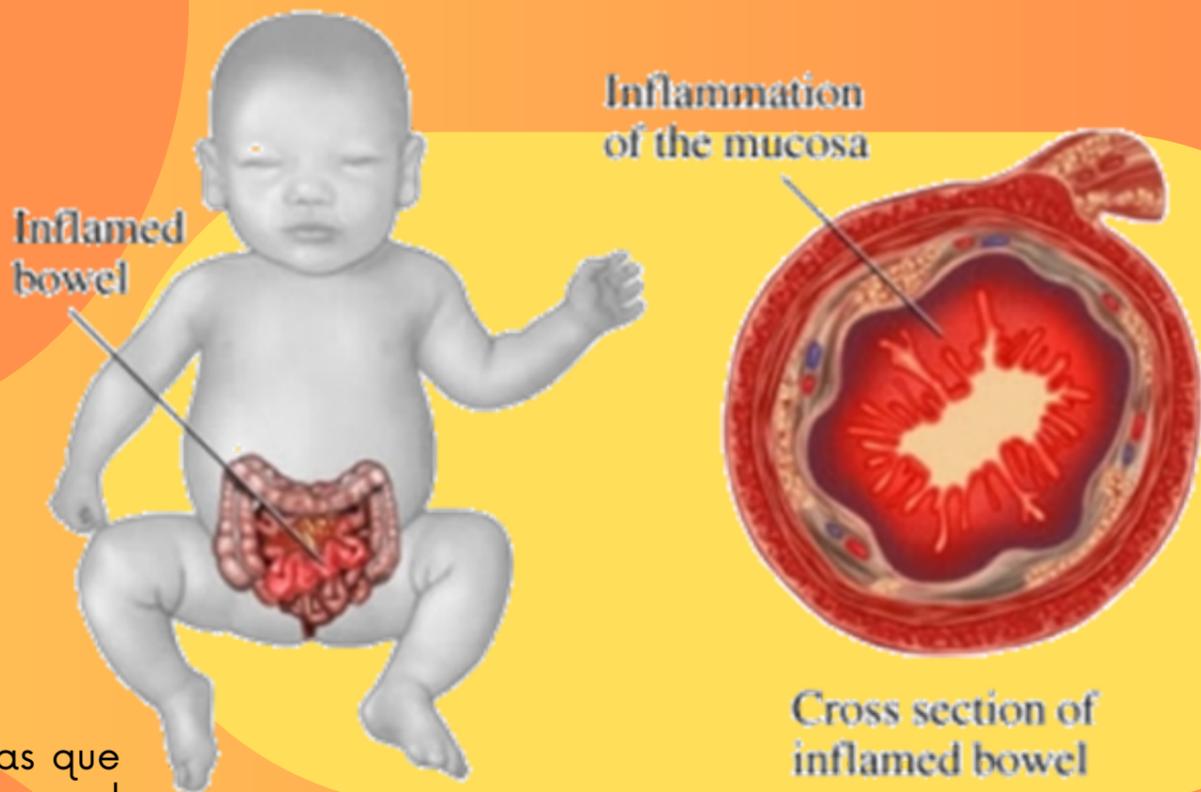
- Distensión o hinchazón del abdomen (distensión abdominal)
- La comida no se mueve por los intestinos
- Líquido de color verdoso (la bilis) en el estómago
- Evacuación de los intestinos con sangre

Los signos de infección incluyen lo siguiente:

- Respiración que comienza y se detiene (apnea)
- Frecuencia cardíaca lenta
- Letargo (hacer todo muy lentamente)

FACTORES DE RIESGO

Nacimiento prematuro
alimentación con fórmula
nacimiento difícil
bajos niveles de oxígeno en el nacimiento
demasiados glóbulos rojos
infecciones en el intestino



DIAGNOSTICO

manifestaciones clínicas junto con radiografías que nos muestren la presencia de gas intramural (neumatosis) o neumoperitoneo

LABORATORIO:

Hemograma: o Leucopenia o Neutropenia Acidosis metabólica persistente Hiperglicemia Hiponatremia

RADIOGRAFIA DE TORAX

Distensión de asas intestinales

Neumatosis intestinal

Edema de pared

Presencia de asas fijas (asas centinela)

Gas venoso portal

Neumoperitoneo

Ascitis

CX: Neumoperitoneo, Deterioro clínico, Obstrucción intestinal

TRATAMIENTO

- Reposo gastrointestinal
- Nutrición parenteral ©
- Antibióticos de amplio espectro y cultivos
- Corregir hipovolemia y acidosis
- Monitoreo y manejo de falla orgánica
- Si su bebé tiene ECN grave, puede necesitar:
- Cirugía para quitarle el intestino dañado.
- Laparotomía → resección del segmento afectado y colocación de una enterostomía o Drenaje peritonea

BIBLIOGRAFIA

- Balest, A. L. (s/f). Taquipnea transitoria del recién nacido. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/taquipnea-transitoria-del-reci%C3%A9n-nacido>

•
Beerman, L. B. (s/f-a). Comunicación interauricular (CIA). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/comunicaci%C3%B3n-interauricular-cia>

- Beerman, L. B. (s/f-b). Comunicación interventricular (CIV). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/comunicaci%C3%B3n-interventricular-civ>
- default - Stanford Medicine Children's Health. (s/f). Stanfordchildrens.org. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=enterocolitis-necrotizante-90-P05497>

- • Ma, D., Gómez Guzmán, E., Párraga Quiles, J., Tejero, A., Ma, J., & Cabañas, G. (s/f). Ductus arterioso persistente. Aeped.es. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36.pdf>

•
Manuales, M. S. D. (2023, diciembre 6). Síndrome de aspiración meconial. Mauricio. (s/f). Defectos interatrial e interventricular. Org.Mx. Recuperado el 12 de diciembre de 2023, de <https://cardioacademic.org.mx/cardioimagen/servicios/sitios-de-interes/item/82-defectos-interatrial-e-interventricular?showall=1>