

ALUMNO: WILLIAM DE JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ

DOCENTE: DR. MIGUEL DE JESÚS GARCIA
CASTILLO

DIAGRAMAS DE FLUJO

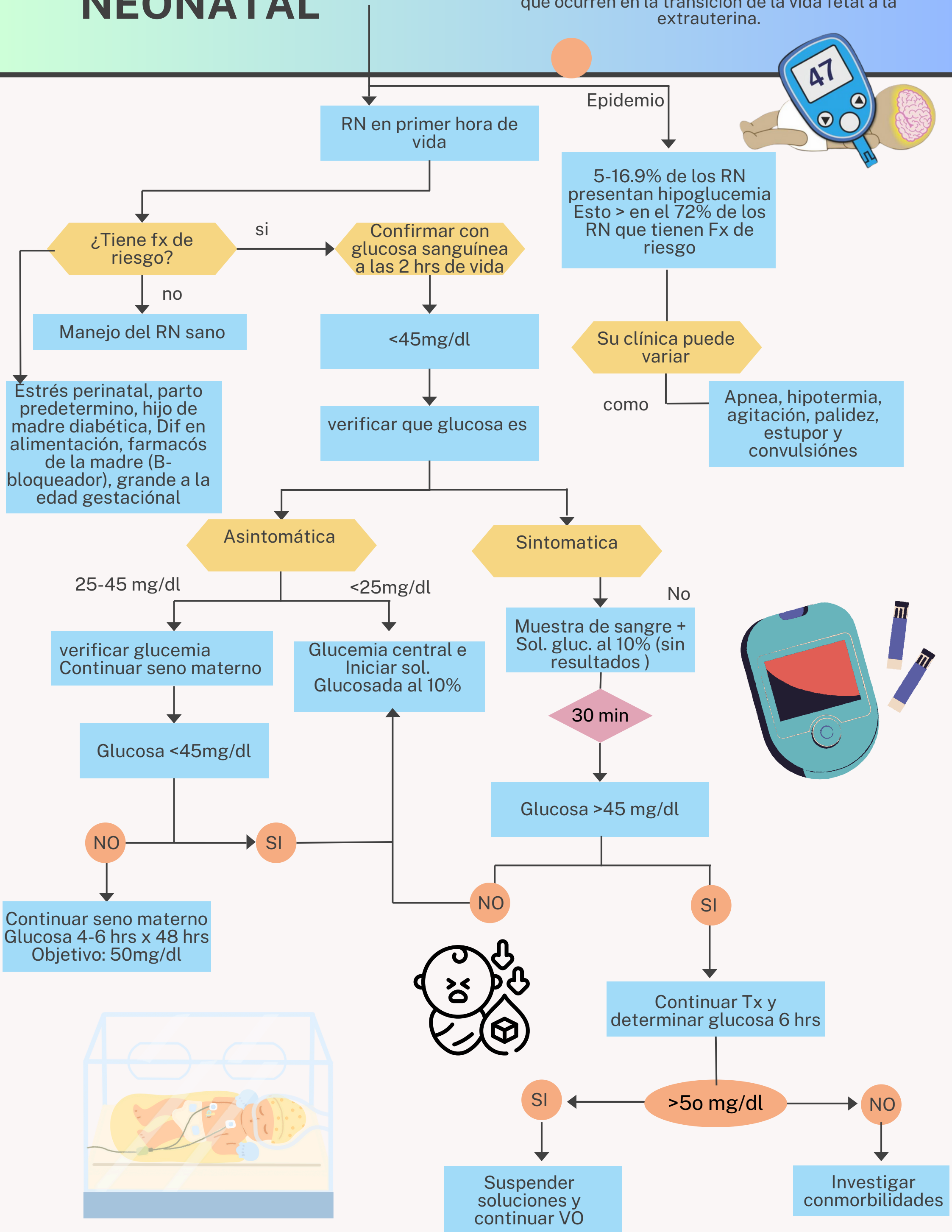
MATERIA: CLÍNICA PEDIATRICA

GRADO: 7°

GRUPO: "A"

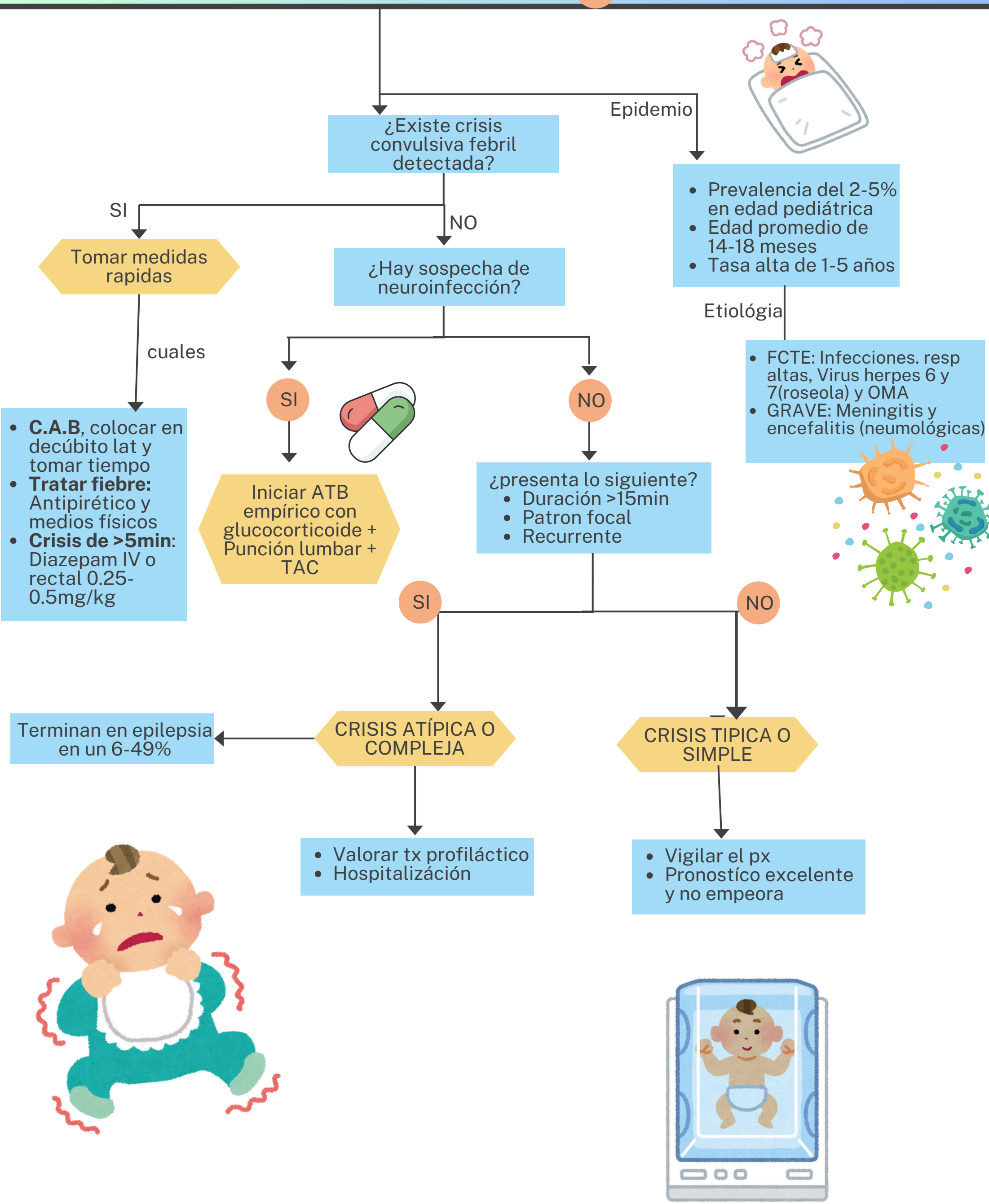
HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Ocurre dentro de las 48 hrs post al nacimiento, como consecuencia de los cambios metabólicos que ocurren en la transición de la vida fetal a la extrauterina.



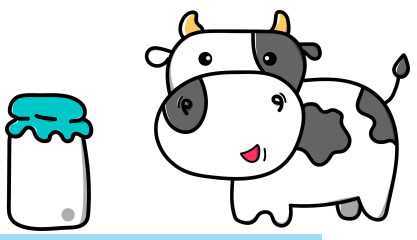
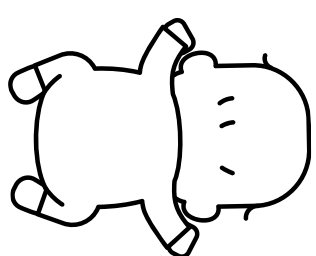
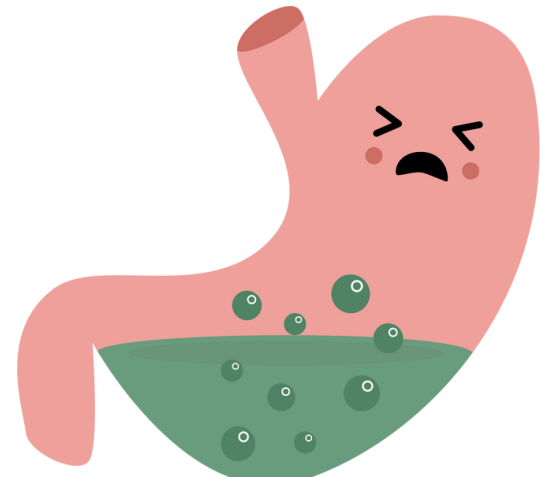
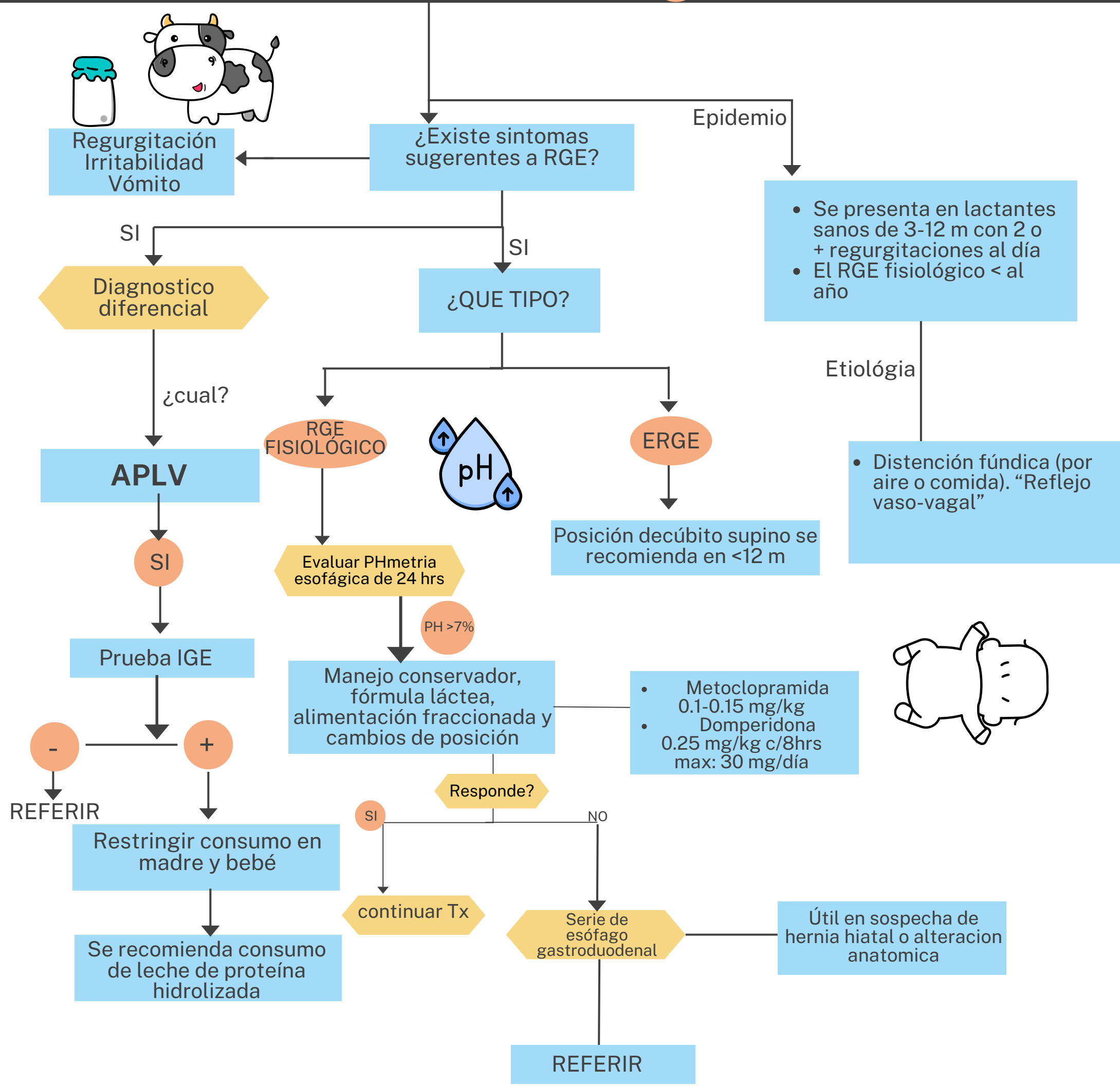
CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES

Son crisis convulsivas o epilépticas donde el desencadenante es un aumento rápido de la temperatura corporal en un paciente sin antecedentes de convulsiones afebriles ni de patología neurológica.



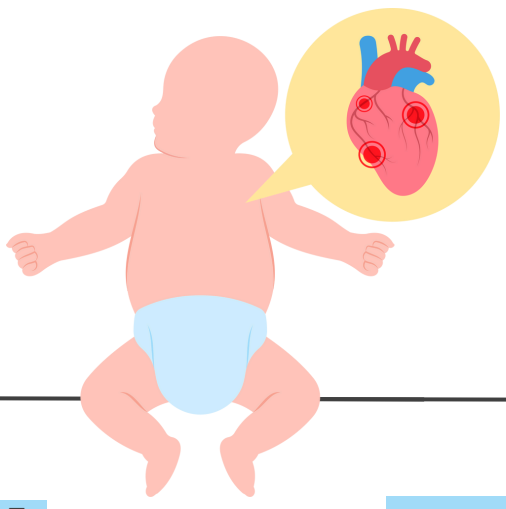
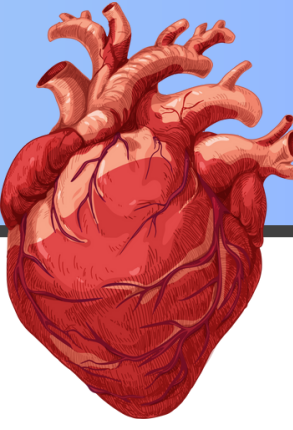
RGE Y ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA

paso del contenido gástrico hacia el esófago "sin esfuerzo alguno" en donde mantienen nutrición adecuada y no presentan signos de complicaciones respiratorias ni de esofagitis.



CARDIOPATIAS CONGENITAS

SON UN GRUPO DE MALFORMACIONES CONGENITAS MAS COMUN



EXISTEN

CIANOGENAS

¿CUALES?

TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS

La AO se origina en el VD y la AP se origina en el VI

DX

CLINICA:
cianosis intensa desde el nacimiento que > al cerrarse el foramen ovaly ductus

EKG
RX de Torax
Cateterismo cardiaco
Confirmatorio: ECO

TX

si no se trata el 90% fallece en el 1º año

INICIAL:
Se mantiene ductus permeable hasta CX, con PGE1

Se crea o > una CIA antes de CX

QX:
Se realiza un switch arterial antes de las 2-3 sec de vida

TRONCO ARTERIAL COMÚN

Única gran arteria sale de la base del corazón por una única valvulasemilunar y da lugar a las coronarias.

DX

CLINICA:
Cianosis leve y predomina la pletora pulmonar. sin Tx ocasiona una IC severa

RX DE TORAX, EKG

se confirma mediante ecocardiografía bidimensional con estudios de flujo Doppler a color

TX

Para IC:
Diuréticos, dgoxina, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) antes de la cru

QX:
Reparación en periodo neonatal, se cierra comunicación IV

TETRALOGÍA DE FALLOT

Complejo malformativo con 4 comp:
• Comunic IV
• Estenosis de la pulmonar
• Cabalgamiento de la AO
• Hipertrofia del VD

cardiopatía + FCTE en niños >1 año

DX

CLINICA
Cianosis peribucal y acrocianosis en esfuerzo
Soplo sistólico efectivo en foco AO

EKG:
Eje desviado a la izq e HVD

RX DE TORAX:
Silueta cardiaca en forma de bota o zapato zueco

ESTANDAR ORO:
Ecocardiografía

TX

EN EVENTO AGUDO:
O2 + sulfato de morfina 0.1-0.2 mg/kg/dosis + posicion genupectoral

EN EVENTOS FCTES:
Propranolol

DEFINITIVO:
Quirúrgico

ANOMALIA DE EBSTEIN

Desplazamiento hacia el VD de un velo septal de la valvula tricuspide

DX

CLINICA
Cianosis progresiva (en cortocircuito Der-izq)

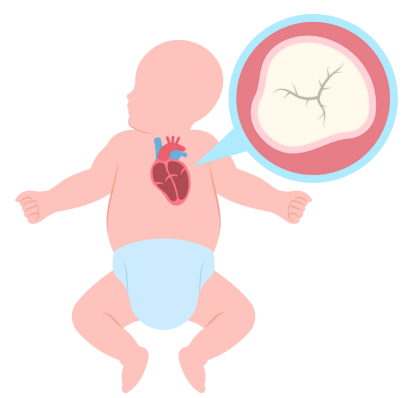
Sintomas de Insuficiencia tricuspidea, dilatación del VD

CONFIRMATORIO:
ECO

TX

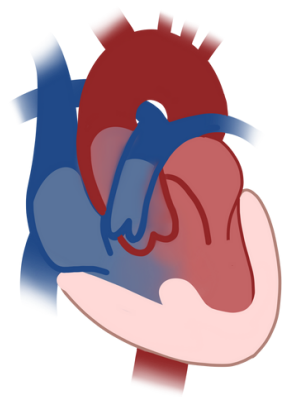
Defecto pequeño: No TX

Sustitución o reparación de la valvula tricuspide



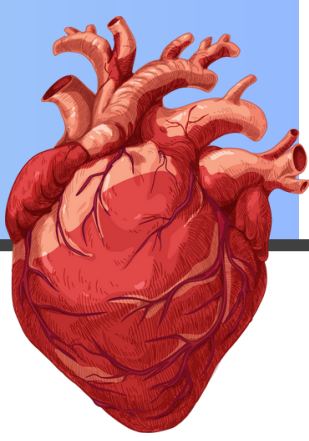
Clasificación:

- 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 suministradas por vasos colaterales de la aorta descendente. (El tipo IV se reclasifica actualmente como **tetralogía de Fallot** con atresia hpad nar)



CARDIOPATIAS CONGENITAS

SON UN GRUPO DE MALFORMACIONES CONGENITAS MAS COMUN



EXISTEN

ACIANOTICAS

¿CUALES?

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

Comunicación entre la aorta y el conducto arterioso

DX

CLINICA: Pulsoarterial rapidony saltón
Enfermedad de membrana hialina de larga duración
SOPLO DE GRASON

EKG: Hipetrofia izq o ventricular
SHUNT de AO-AP

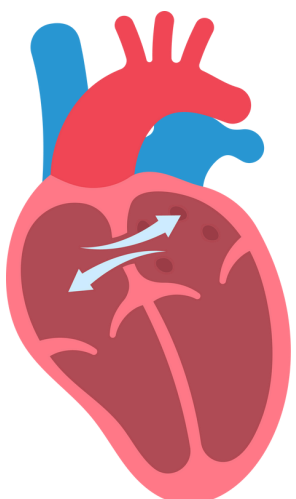
RX DE TORAX: Cardiomegalia izq, plethora pulmonar y boton AO prominente

TX

Asintomatico: Expectante

Sintomatico leve: Indometacina o ibuprofeno

Sintomatico grave: QX



COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Flujo entre ambas aurículas y pasa inadvertido hasta la 4° o 5° decada de vida

DX

CLINICA: Asintomático en infancia y HTP con disnea de esfuerzo, palpitaciones e infecciones pulmonares recurrentes
SOPLO SISTOLICO Y "EN BARRA"

EKG: Eje desviado a la derecha, HVD o Bloqueo incompleto de rama derecha
SHUNT de izq-der

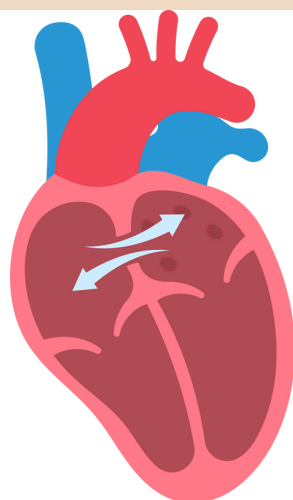
RX DE TORAX: plethora pulm. con flujo con evolución a hipertrofia de cavidades derecha.

TX

<de 7mm: Cierre espontáneo

7-28mm: Cierre percutaneo

>28mm: cierre QX



COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

Permite el flujo entre ambos ventrículos

DX

CLINICA
• **Defecto pequeño:** Asintomático
• **Defecto moderado:** disnea, fatiga al comer
• **Defecto grave:** Diaforesis y ortopnea
• Soplo holosistólico

EKG: Desviación de eje electrico a la izq, HVI o HAI
SHUNT de izq-der

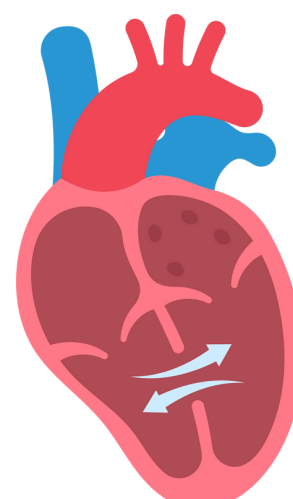
RX DE TORAX:
• Pequeño: Normal
• Mediano: Cardiomegalia izq
• Grande: CI + hipertrofia de VD y AP dilatada

TX

50% cierre espontáneo en los 2 primeros años

MOD: Digoxina, Diuretico o IECA

GRAVE: Cierre percutaneo ó Qx



COARTACIÓN AORTICA

Estrechamiento de la luz vascular AO

DX

CLINICA
• **Asintomático:** si el conducto art se mantiene abierto
• **Sintomatico:** Cefalea y claudicación
• **HIPERT:** Miembros Sup
• **HIPOT:** Miembros inf

EKG: Desvación de eje eléctrico a la izq HVI y onda P pulmonar

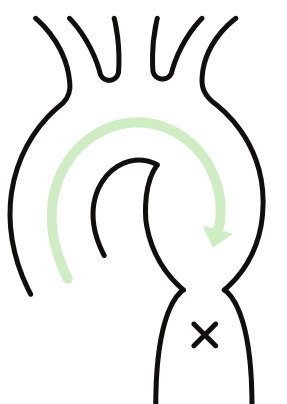
RX DE TORAX: Cardiomegalia, congestion pulmonar, Signo de Roester o signo del 3

TX

PGE1: para mantener permeable el conducto

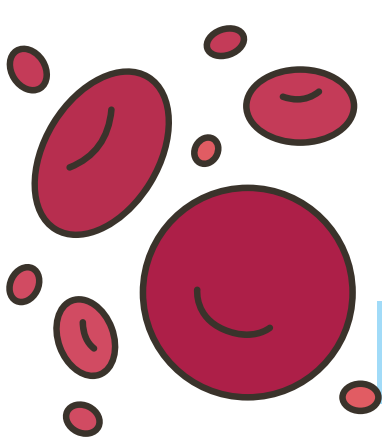
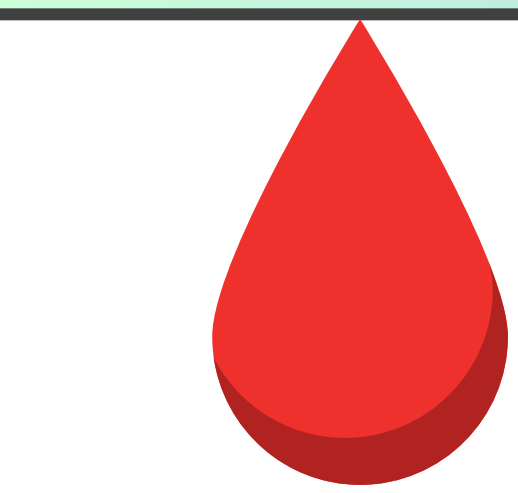
Congestión pulmonar: Diuréticos
HAS: IECAS

QX: de eleccion
<1año: Coartectomia
>1año: Angioplastia

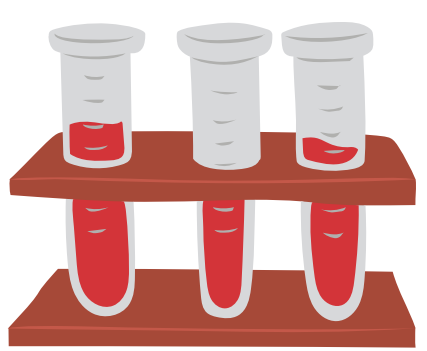


INCOMPATIBILIDAD GRUPO Y RH

La incompatibilidad ABO y Rh son reacciones inmunológicas que ocurren en el cuerpo cuando dos sangres de tipos ABO o Rh diferentes e incompatibles se mezclan.



Si tiene hemolisis, anemia, eritropoyetina extramedular



Bebé Rh (-) NADA
Bebé Rh (+) 2da dosis de gammaglobulina antes de las 72 hrs

