

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE NEONATAL QUIRÚRGICO

EU Carolina Ramirez Miranda
28 Octubre 2024



Grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por alteraciones **estructurales, funcionales o moleculares** en un neonato, heredadas o no, que son consecuencia de alteraciones del desarrollo embrionario y/o fetal por múltiples factores desencadenantes y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

En este grupo se incluye:

- ☐ Malformaciones congénitas
- ☐ Disrupciones
- ☐ Deformidades congénitas
- ☐ Displasias
- ☐ Trastornos metabólicos
- ☐ Alteraciones funcionales

Causas	
Genéticas	Anormalidades Cromosómicas
	Enfermedades Unigénicas
	Enfermedades Multifactoriales
Ambientales o Teratógenos	Agentes físicos
	Agentes químicos
	Enfermedades maternas
	Infecciones maternas
	Drogas
	Enfermedades Multifactoriales
	Desconocido (50%)

SEGÚN MECANISMO PATOGENICO:

- + **MALFORMACIÓN:** defecto morfológico de un órgano o una región corporal generado por un desarrollo anormal durante la embriogénesis (Ej. Atresia esofágica)
- + **DISRUPCIÓN:** anormalidad estructural secundaria a la interferencia por factores externos en la embriogénesis (Ej. Amputación por bridas amnióticas)
- + **DEFORMACIÓN:** alteración de la forma o de la estructura de una parte u órgano que se ha desarrollado o diferenciado con normalidad (Ej. Pie varo)
- + **DISPLASIA:** organización o histogénesis anormal de las células de un tejido específico (Ej. Displasia de cadera)

Anencefalia

Ausencia total o parcial del encéfalo y de la bóveda craneal y la piel que la recubre.

Ocurre cuando no se cierra el neuróporo craneal. Las posibles causas incluyen toxinas ambientales y falta de ácido fólico por parte de la madre durante el embarazo.

Dx: Clínica – Ecografía (Prenatal)



Encefalocele

Protrusión o un bulto (en forma de saco) formado por la salida del encéfalo y las membranas que lo recubren a través de una abertura en el cráneo.

Se produce cuando el tubo neural no se cierra completamente durante el embarazo.

Dx: Clínica – Ecografía



Espina bífida

Tipo de defecto congénito que puede ser del cerebro, la columna vertebral o de la médula espinal.

Se produce cuando no se cierra por completo el tubo neural en el neuróporo posterior durante el primer mes del embarazo, lo que puede dañar los nervios o la médula espinal.

Dx: Clínica – Ecografía – Labs (Alfafetoproteína)



LABIO LEPORINO- PALADAR HENDIDO- FISURA LABIOPALATINA



La malformación mayor, más frecuente, que afecta a la boca y región perioral es el **labio leporino**, resultado de un fallo en la proliferación y posterior fusión del tejido embrionario en la zona de unión de las protuberancias nasales, medial y lateral, y la maxilar



La malformación más frecuente e importante de la cavidad oral es la **fisura palatina**, debida a un fallo en el cierre medial de ambas prominencias palatinas, que da lugar a una comunicación entre la boca y la cavidad nasal superior y que, en su forma más grave, se asocia a labio leporino



Atresia de Coanas

Se define como la obstrucción en el desarrollo de la comunicación entre la cavidad nasal y la nasofaringe; a través de una membrana o formación ósea.

La dificultad respiratoria puede aparecer en los casos bilaterales. Se recomienda estudiar compromiso de otros órganos por las asociaciones reportadas por ejemplo la llamada asociación CHARGE, síndromes de craneosinostosis, displasias esqueléticas hipercondensantes.



Agenesia/Aplasia/Hipoplasia pulmonar

- ☐ **Agenesia:** No hay bronquio ni pulmón
- ☐ **Aplasia:** Si existe un bronquio rudimentario pero sin parénquima pulmonar.
- ☐ **Hipoplasia:** Corresponde a un pulmón más pequeño que presenta menor número de generaciones bronquiales y de alvéolos

Con frecuencia existen anomalías asociadas, especialmente cardíacas y esqueléticas. Algunos niños nacen con dificultad respiratoria mientras que otros presentan infecciones repetidas o sintomatología de las otras malformaciones.



Quiste Broncogénico

Es otra anomalía broncopulmonar congénita, resultado del anormal desarrollo del segmento ventral del intestino anterior, que es el que da lugar al árbol bronquial y los pulmones.

Suele ser único y estar lleno de líquido o moco y puede aumentar de tamaño a medida que crece el niño. Se puede diagnosticar a cualquier edad, bien por hallazgo casual o bien por clínica respiratoria tal como tos, sibilancias, disnea, neumonía recurrente, dolor torácico, hemoptisis o compresión de vía aérea y/o digestiva.

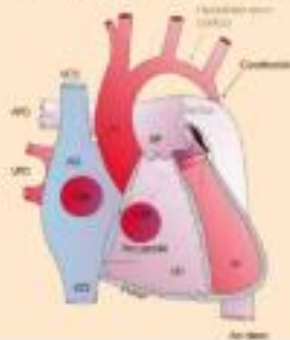


CIA

Es un defecto en el septo interauricular que permite el paso de sangre entre las dos aurículas (7%). La localización más frecuente es CIA ostium secundum (70%) en la región de la fosa oval en la parte central del septo.

La CIA aislada no suele dar síntomas en la infancia y el diagnóstico suele hacerse por la presencia de un soplo sistólico en foco pulmonar y de un desdoblamiento fijo del 2R cardíaco.

Sin embargo, en los lactantes con una CIA grande, puede haber un retraso pondoestatural, bronquitis de repetición y síntomas de IC.



CIV

Es un defecto a nivel del septo interventricular que comunica el ventrículo izquierdo (VI) con el ventrículo derecho (VD) (25% aislada). Su localización más frecuente es la membranosa (debajo de la válvula aórtica y detrás de la valva septal de la tricúspide).

Clínica

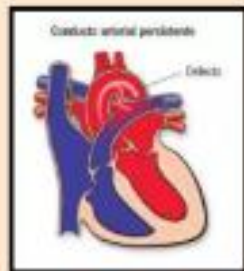
- ❑ **CIV Pequeña:** Soplo sistólico en los primeros días de vida, generalmente de G 2-3/6 en el borde paraesternal izquierdo sin otros síntomas. Suele cerrar espontáneamente.
- ❑ **CIV Moderada:** Signos y síntomas de IC, como la taquipnea, taquicardia a partir de los 15 días de vida. Se auscultará un soplo holosistólico en el 3° - 4° EII.
- ❑ **CIV Severa:** Puede aparecer ICC entre las 2 y 8 semanas de vida, con: ritmo de galope, taquicardia, taquipnea, tiraje, hepatomegalia y mala perfusión periférica. La auscultación de un soplo sistólico con un 2R único.



DAP

En vida fetal, es una conexión normal entre la aorta y la arteria pulmonar que lleva una gran parte de la sangre desde el VD a la aorta descendente. Se cierra funcionalmente dentro de las 24h en el período postnatal y anatómicamente dentro de las 3 – 4 semanas. El término DAP se refiere a su persistencia más allá del periodo neonatal en RN a término. La incidencia es del 5 – 10% de todas la CC y es más frecuente en niñas.

Clínica: Depende del tamaño del ductus y de la edad pero es patognomónico del DAP la auscultación de un soplo continuo en región infraclavicular izquierda y la palpación de unos pulsos saltones.

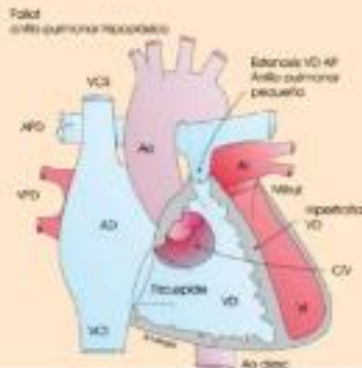


T4F

Es la cardiopatía congénita cianótica más común y representa el 5% de todas las cardiopatías congénitas.

1. CIV
2. Cabalgamiento de la aorta sobre CIV
3. Estenosis pulmonar
4. Hipertrofia del VD

Clínica: Soplo sistólico en foco pulmonar, Cianosis, Crisis hipóxicas (2 – 4 meses)

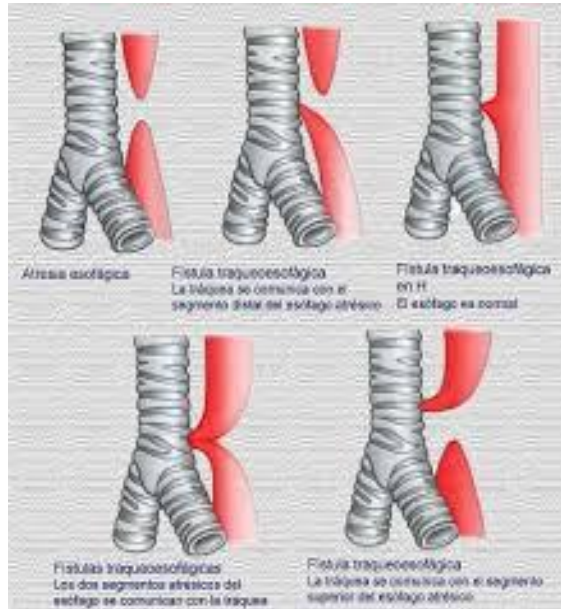




GASTROSQUISIS



ONFALOCELE



ATRESIA ESOFÁGICA



ANO IMPERFORADO

Agnesia Renal

Ausencia de uno o ambos riñones. El recién nacido presenta habitualmente síndrome de Potter, sin embargo otras patologías también pueden causar este cuadro.

En algunos casos de agnesia renal bilateral se ha observado antecedentes familiares en 1°, lo cual implica un riesgo de recurrencia alto para futura descendencia. La diabetes materna pregestacional también puede ser causa de agnesia renal.



Riñón en Herradura

Es la anomalía de fusión más frecuente, ocurriendo (0,4-1,6/10.000 RNV). 1/3 a 1/2 tienen anomalías congénitas urológicas y genitales acompañantes (RVU - Hidronefrosis), así como alteraciones genéticas.

Una gran parte de los pacientes tienen un buen pronóstico; sin embargo, estos niños parecen tener un riesgo incrementado de desarrollar tumor de Wilms. La mayoría son asintomáticos, aunque la hidronefrosis ocurre en un 80% de los casos.



Quistes renales

- ☐ Quiste renal simple
- ☐ Poliquistosis renal autosómica
- ☐ Poliquistosis renal recesiva
- ☐ Displasia renal multiquistica



Ureterocele

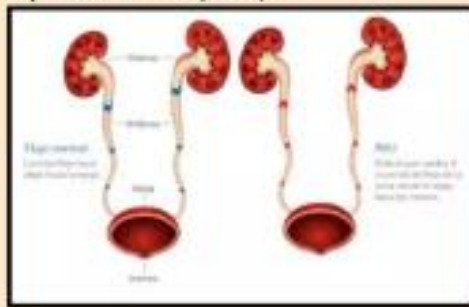
Consiste en una dilatación quística del segmento intravesical del uréter. El 80% se asocia al polo superior de un riñón duplicado y el 60% tiene un orificio ectópico en la uretra. La manera más frecuente de presentación es como infección urinaria en los primeros meses de vida. Más frecuente en mujeres de raza blanca y en el 10% es bilateral.



Reflujo Vesicoureteral (RVU)

Es el flujo retrógrado anormal de la orina vesical hacia el tracto urinario superior a través de una unión urétero vesical incompetente, de forma primaria con base genética o de forma secundaria por obstrucción en la salida de la vejiga.

La ITU representa la forma más común de presentación (30%).



Extrofia Vesical

Malformación en que la vejiga y uretra están totalmente abiertas y fusionadas con la piel de la pared abdominal anterior. Presenta falta de fusión del pubis a nivel de la sínfisis y puede haber otras malformaciones asociadas de genitales, imperforación anal, espina bífida y duplicación uterina. Hace parte del complejo extrofia – epispiadias.

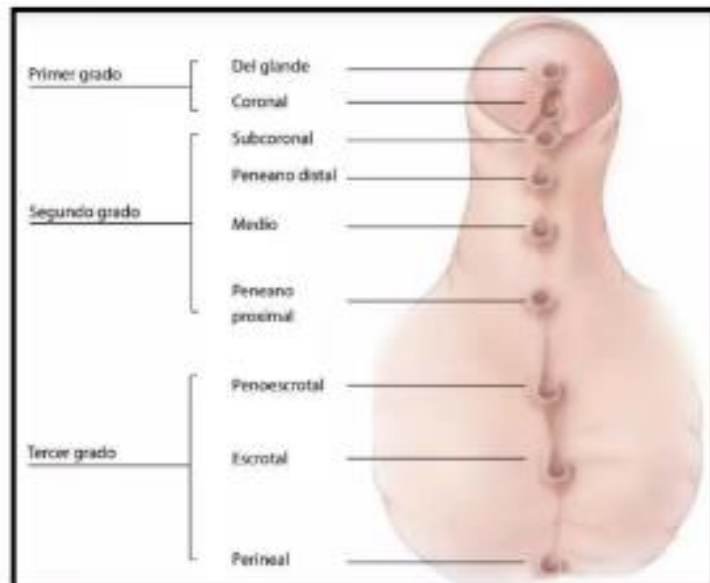


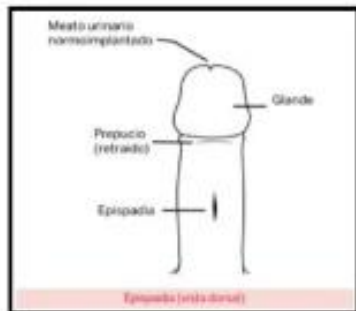
Hipospadias

Desplazamiento del meato uretral en sentido ventral y proximal respecto al extremo del pene; según la posición del meato.

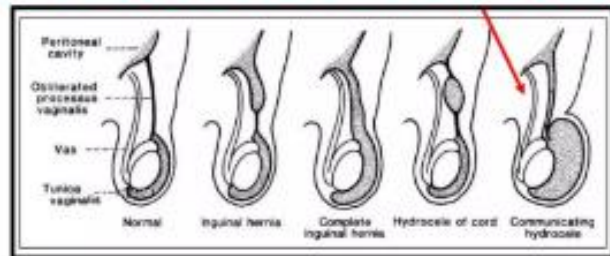
Se clasifica en:

- ☐ Primer grado: El meato uretral se ubica en el glande
- ☐ Segundo grado: El meato uretral se ubica en el surco balanoprepucial o coronal o en el eje del pene
- ☐ Tercer grado: El meato uretral se ubica en la unión del pene y el escroto o el perineo





MALFORMACIONES GENITALES (MASCULINOS)



DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL

- El tamaño en el defecto de la pared abdominal es más pequeño y lateral al ombligo.
- El cordón umbilical se encuentra normalmente inserto en la pared abdominal justo a la izquierda del defecto.
- En la gastrosquisis no hay saco de revestimiento y las vísceras herniadas son una pequeña cantidad de intestino o colon ascendente.
- El intestino herniado puede presentar atresias, isquemias segmentarias, etc.
- El compromiso vascular sucede como consecuencia de la compresión del flujo de los vasos mesentéricos cuando el defecto en la pared abdominal es extremadamente pequeño.



MANEJO INICIAL:

- Manejo precoz de su exceso de pérdida de calor. Favorecer termorregulación.
- Administración de fluidos como consecuencia de las pérdidas de la exposición visceral.
- Régimen 0- SNG o SOG a caída libre.
- Antibióticos de amplio espectro
- “Cubierta” húmeda, templada e impermeable a fluidos. Transparente. Estéril.
- Asas en línea media



CUIDADOS POSTOPERATORIOS:



CIERRE PRIMARIO



- Régimen 0. SNG a caída libre descompresiva.
 - VM gentil
 - Sedoanalgesia
 - Nutrición Parenteral
 - Antibióticos

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:



CIERRE POR ETAPAS



- Régimen 0. SNG a caída libre descompresiva.
 - VM gentil
 - Sedoanalgesia
 - Nutrición Parenteral
 - Antibióticos
- **Cuidados del SILO: línea media, a tensión.**
 - **Medición presión intrabdominal**

- Constituye una abertura en la pared abdominal a nivel del anillo umbilical.
- Las vísceras están recubiertas de una doble capa: peritoneo y capa externa de la membrana amniótica.
- El cordón umbilical está unido al saco, que se puede romper antes, durante o después del nacimiento.
- Si el saco se rompe antes del parto, el contenido abdominal queda expuesto al líquido amniótico y aparece encogido, engrosado, recubierto de un exudado inflamatorio.
- En los onfaloceles de gran tamaño el hígado se encuentra parcial o totalmente dentro del saco y la cavidad abdominal no podrá acoger la masa de vísceras herniadas sin consecuencias hemodinámicas o respiratorias (torsión intestinal con obstrucción, elevación diafragmática que impide la ventilación y compresión sobre la vena cava inferior que impide el retorno venoso al corazón).



MANEJO INICIAL:

- Manejo precoz de su exceso de pérdida de calor. Favorecer termorregulación.
- Mantener oxigenación. Evitar CPAP.
- Administración de fluidos como consecuencia de las pérdidas de la exposición visceral.
- Régimen 0- SNG o SOG a caída libre.
- Antibióticos de amplio espectro
- “Cubierta” húmeda, templada e impermeable a fluidos. Transparente. Estéril.



CUIDADOS POSTOPERATORIOS:



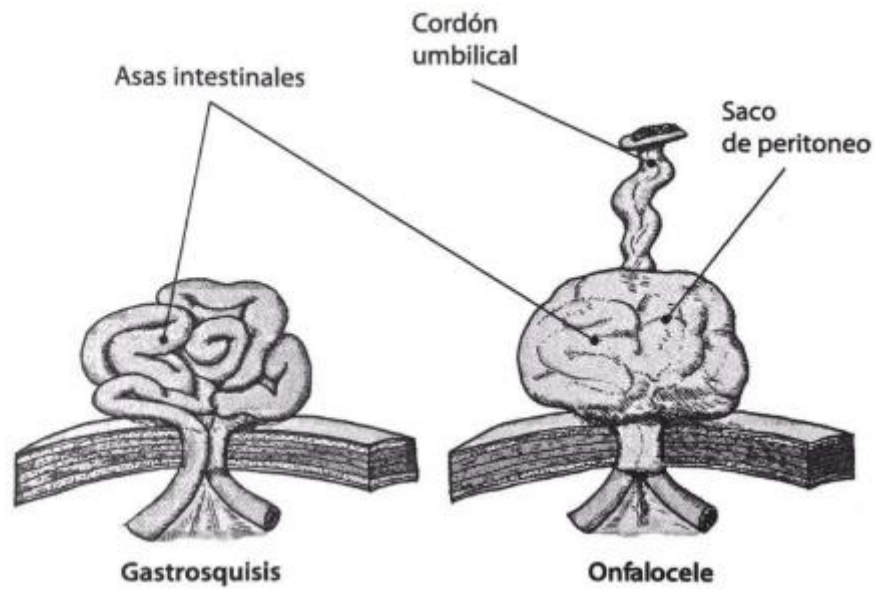
- Régimen 0. SNG a caída libre descompresiva.
 - VM gentil
 - Sedoanalgesia
 - Nutrición Parenteral
 - Antibióticos
- **Cuidados del SILO: línea media, a tensión moderada.**
 - **Medición presión intrabdominal**



Coberturas

*La alimentación enteral se inicia una vez que el sistema gastrointestinal muestra signos de reanudación de la función: disminución de los aspirados nasogástricos $<20\text{ml/kg}$ y de las evacuaciones intestinales.





COMPARACIÓN ENTRE GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE.		
Parámetro	Gastrosquisis	Onfalocele
		
Tamaño del defecto	Pequeño	Pequeño o grande
Presencia de saco	Ausente	Presente
Localización del ombligo	A la izquierda del defecto	Central, se inserta en el saco
Anormalidades asociadas	Infrecuentes	Frecuentes (cardiopatías, cromosomopatías)
Momento de la lesión	Embriopatía	Fetopatía
Inflamación intestinal	Presente	Ausente
Contenido	Intestino	Hígado, intestino, bazo
Edad materna	Joven	Madura

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

- ✓ 2ª causa de muerte en < 1 año.
- ✓ 32% de las defunciones en este grupo etáreo
- ✓ Un 35% necesita cirugía el primer año de vida.
- ✓ Un 65% requiere cirugía en algún momento de su evolución
- ✓ Más frecuente en hombres.
- ✓ La mitad van a ser asintomáticos durante el primer año de vida.

- ✓ Patología (GES Prevención primaria sospecha y confirmación diagnóstica).

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ ES FUNDAMENTAL PARA:

- ✓ Evitar el daño secundario y progresivo de órganos (corazón, pulmones), del sistema nervioso, del estado nutricional y del desarrollo psicomotor.
- ✓ Disminuir el número de hospitalizaciones.
- ✓ Prevenir el retraso en el tratamiento de la cardiopatía.
- ✓ Disminuir la mortalidad por estas patologías.
- ✓ Disminuir los costos del tratamiento (el costo de un niño no operado en forma oportuna es cinco veces mayor que el de uno tratado oportunamente).

EL PRONÓSTICO HA MEJORADO POR...

- ✓ Uso precoz de prostaglandina E1.
- ✓ Desarrollo de la anestesia, CEC.
- ✓ Innovadoras técnicas correctoras y/o paliativas.
- ✓ Desarrollo de técnicas quirúrgicas.
- ✓ Manejo multidisciplinario especializado en el post operatorio.
- ✓ **Sin tratamiento el 70% de los niños fallece el 1er año.**

1.- Genéticos o ligados a la herencia: 8%.

- ✓ 5% aberraciones cromosómicas.
- ✓ 3% mutaciones.
- ✓ Los niños con Trisomía 21, 50% CC (+)

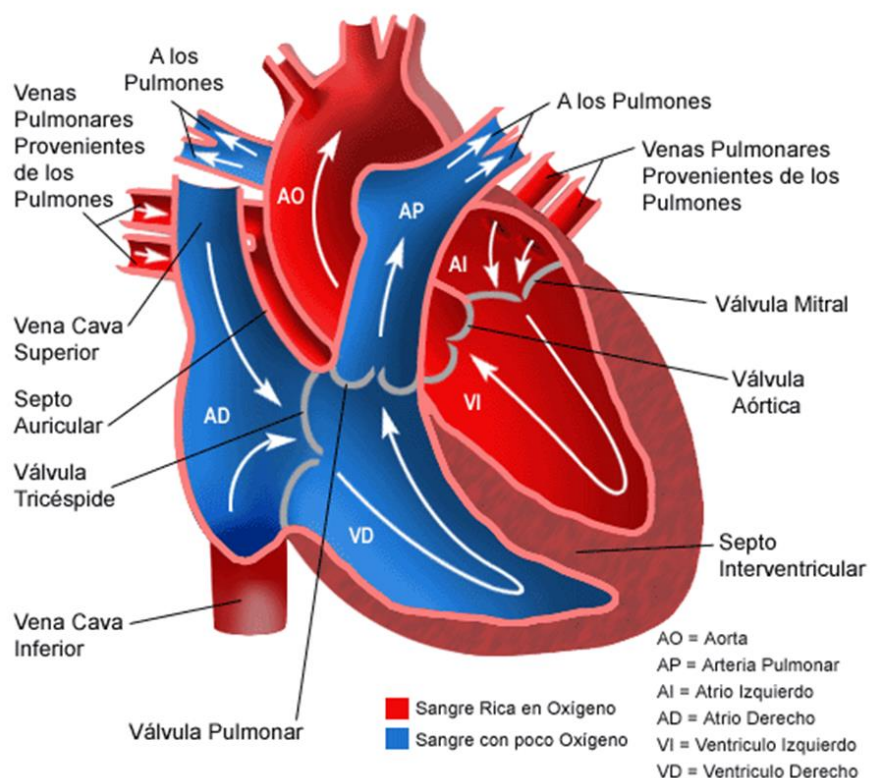
2.- Exógenos o ambientales: 2%.

- Según tipo noxa, intensidad, duración, fase del desarrollo en que actúa (especialmente 3 primeros meses de gestación)
 - ✓ Virales: rubéola, parotiditis
 - ✓ Radiaciones
 - ✓ Alcohol y drogas: anfetaminas, litio, talidomida
- Condición Materna: Edad padres (18-35) , Diabetes Mellitus, Lupus, fenilquetonuria

3.- Multifactorial: 90%.

- Interacción factores ambientales sobre una predisposición genética.

Corazón Normal



CARDIOPATIAS CONGENITAS ACIANOTICAS

Cortocircuito de izquierda a derecha:

CIV, CIA, Ductus, canal aurículo-ventricular, drenaje venoso anómalo pulmonar parcial

Obstructivas Corazón Izquierdo:

Coartación aórtica, estenosis aórtica, estenosis mitral, hipoplasia ventrículo izquierdo

Insuficiencias valvulares y otras:

Insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, **estenosis pulmonar**, estenosis ramas pulmonares

Obstructivas Corazón Derecho

Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar, ventrículo único o atresia tricúspide con estenosis pulmonar

CARDIOPATIAS CONGENITAS CIANOTICAS

(cortocircuito de derecha a izquierda)

Mezcla Total

Ventrículo único o atresia tricúspide sin estenosis pulmonar, truncus arterioso, drenaje venoso anómalo pulmonar total

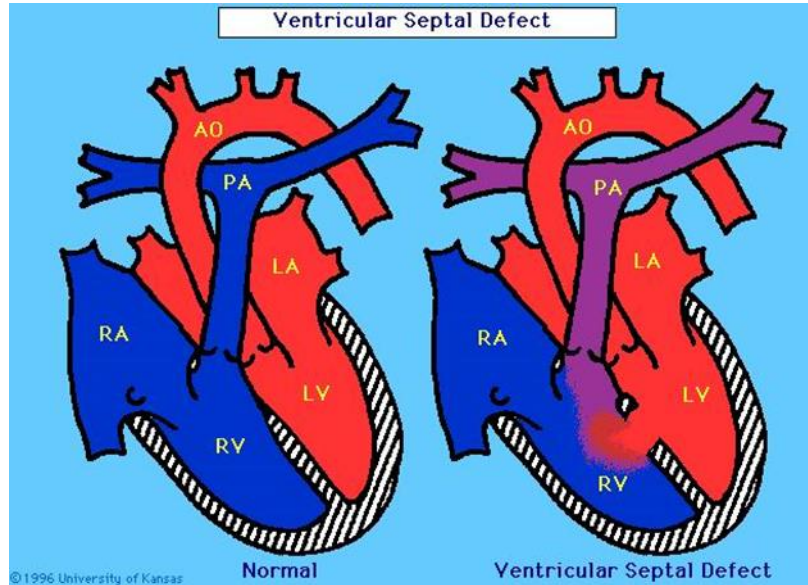
Falta de Mezcla

Transposición de Grandes Arterias

CARDIOPATIA

FRECUENCIA

* Comunicación interventricular (CIV)	25-30 %
* Comunicación interauricular (CIA)	10 %
* Ductus persistente	10 %
* Tetralogía de Fallot	6-7%
* Estenosis pulmonar	6-7%
* Coartación aórtica	6 %
* Transposición grandes arterias (TGA)	5 %
* Estenosis aórtica	5 %
* Canal aurículo-ventricular	4-5%



- ✓ Corto circuito I a D ventricular
- ✓ Aumento de flujo pulmonar
- ✓ Dilatación AD
- ✓ Sobrecarga VD
- ✓ Magnitud del shunt depende de RVP

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

CIV pequeña:

- ✓ leve compromiso nutricional.
- ✓ Soplo primeros meses.
- ✓ Pulso y p/a normal.
- ✓ RX: discreta cardiomegalia e hiperflujo pulmonar.

CIV grande:

- ✓ Compromiso nutricional.
- ✓ ICC.
- ✓ Cuadros BP a repetición.
- ✓ Pulsos saltones y p/a normal.
- ✓ Rx: cardiomegalia global, hiperflujo pulmonar.

TRATAMIENTO:

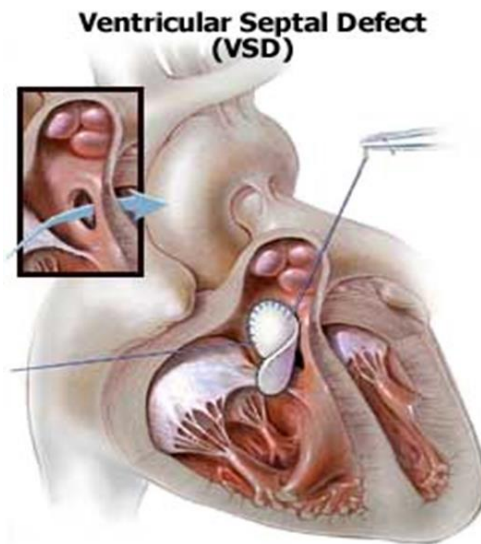
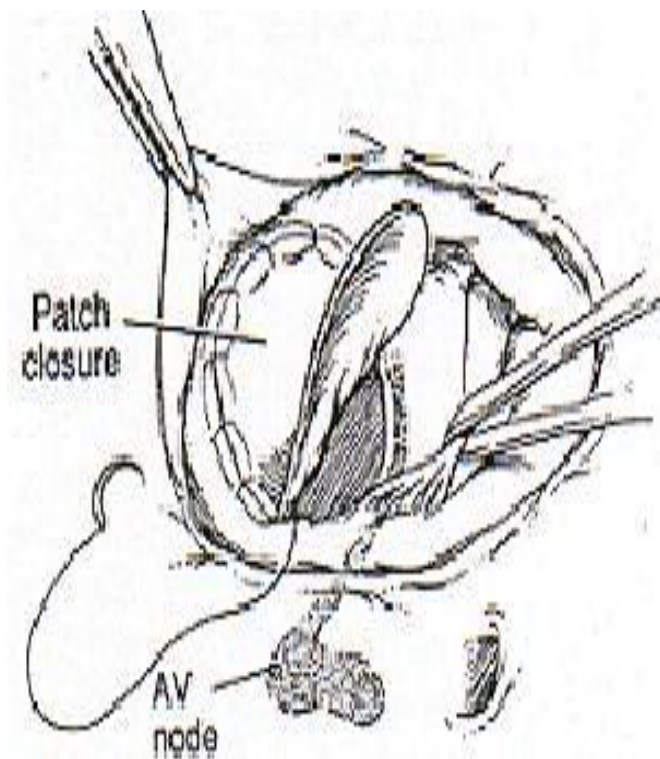
Tratamiento médico:

- ✓ 40% cierra en el 1er año de vida
- ✓ CIV moderadas bien toleradas (tto IC).

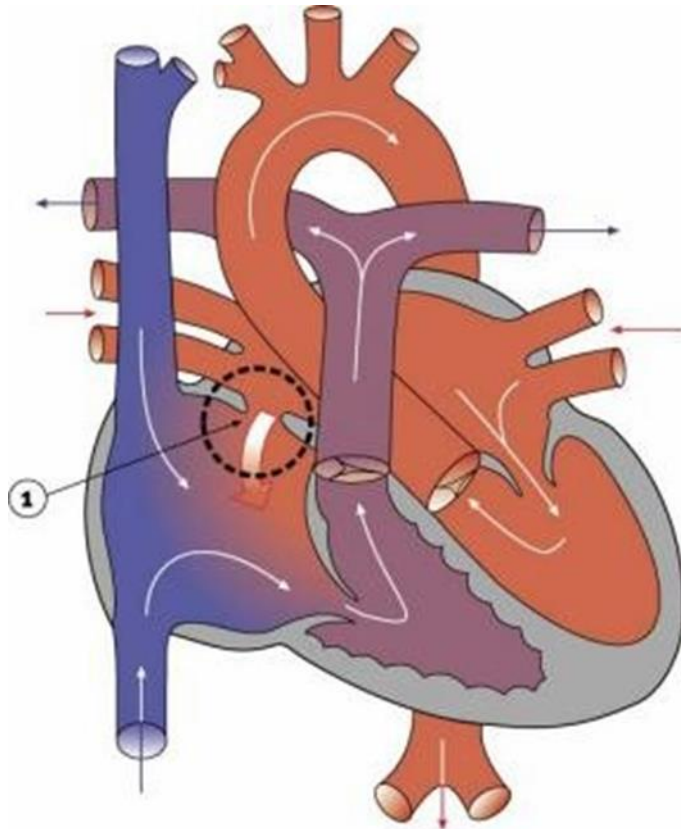
Tratamiento quirúrgico

- ✓ CIV grandes con ICC, hiperflujo, cuadros respiratorios a repetición.
- ✓ Paliativa Correctora: ante 1º año de vida... < 6 meses si hay HTP.
 - Sutura.
 - Parche.
- ✓ Requiere CEC.

TRATAMIENTO:



A VSD is a hole between the left and right ventricles. In this image, a patch is sewn over the hole. (This view is for illustration only; the actual operation is done through one of the heart's valves.)



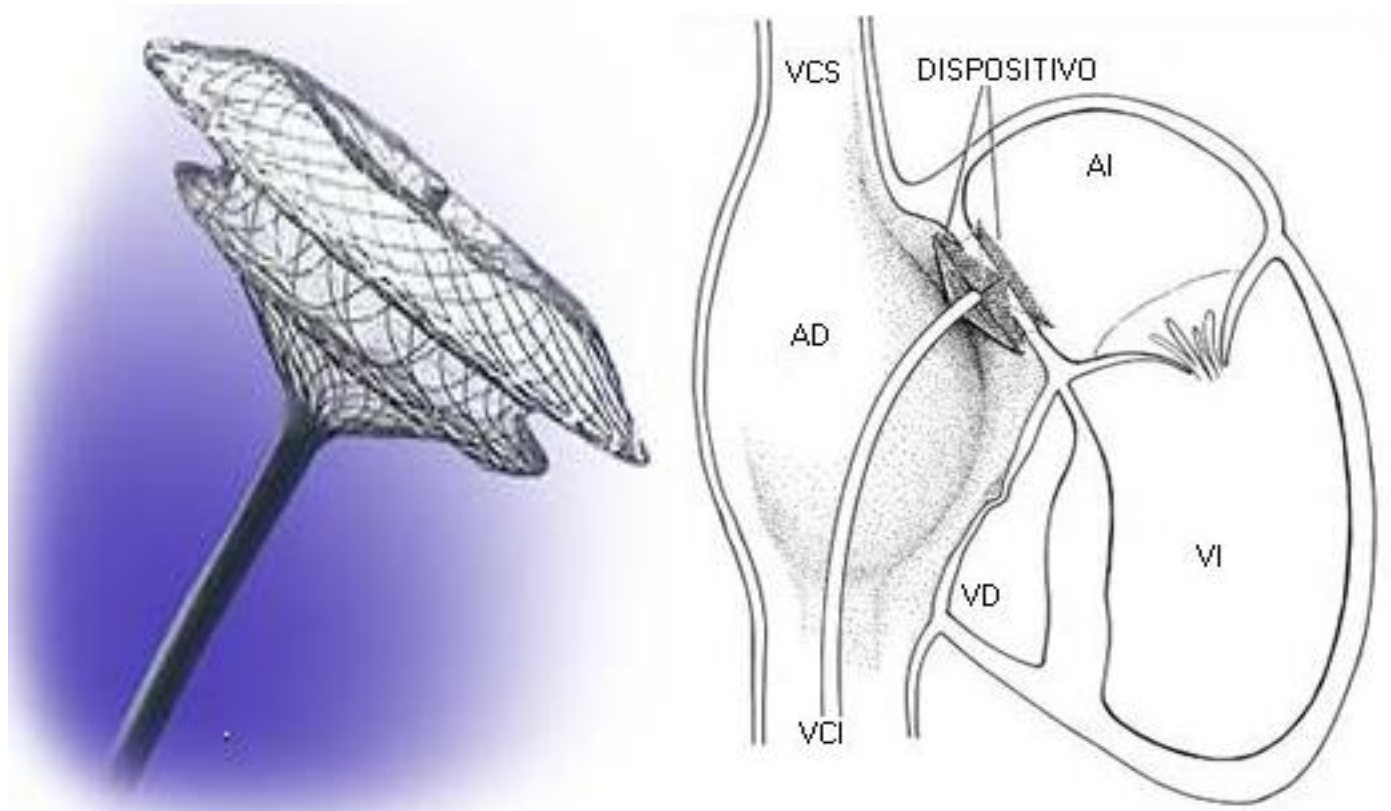
- ✓ 10% de las CC (2da)
- ✓ + frecuente en niñas (2:1)
- ✓ Soplo cardíaco es el principal motivo de consulta.
- ✓ Puede o no presentar ICC
- ✓ Pulso y PA normales
- ✓ Riesgo de arritmias
- ✓ Riesgo de HTP por hiperflujo larga data.
- ✓ RxTx: cardiomegalia e hiperflujo pulmonar

TRATAMIENTO:

1- Tratamiento. Médico

2-Tratamiento.Quirúrgico:

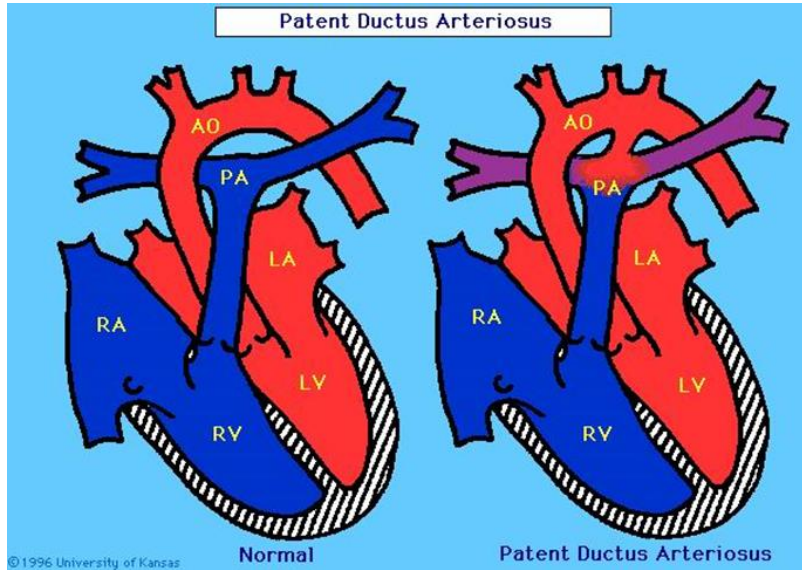
- ✓ Cirugía: 3-5años
- ✓ Cierre por sutura o parche.
- ✓ Requiere CEC
- ✓ Espontáneo en CIA pequeñas
- ✓ Cierre con dispositivo



SOBRECARGA DE VOLUMEN Y AUMENTO P° INTRACAVITARIA

- ✓ Aumento p° diastólica
- ✓ Aumento venas y capilares pulmonares-DILATACION
- ✓ Aumento p° hidrostática capilar pulmonar
- ✓ Extravasación de líquidos a intersticio pulmonar
- ✓ Edema alveolar y bronquiolar

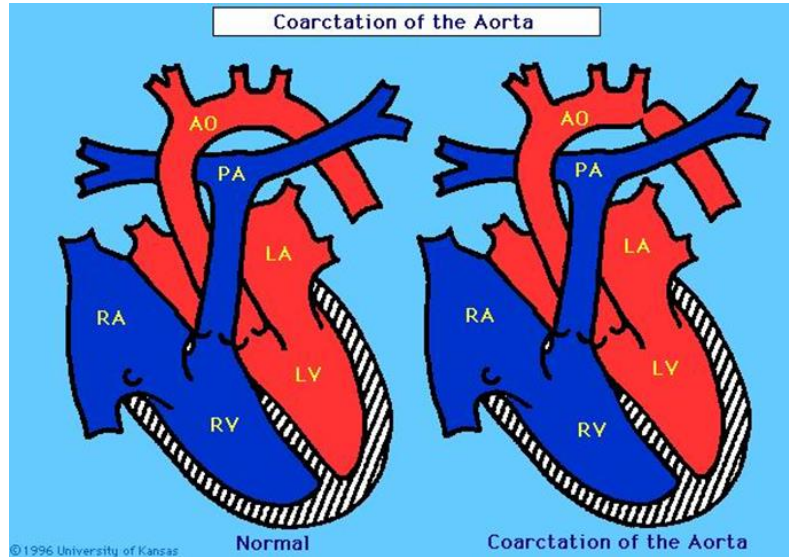
CUADROS RESP. OBSTRUCTIVOS EDEMA PULMONAR



- ✓ Normalmente se cierra a las 12-24 h de vida
- ✓ Alta incidencia en prematuros
- ✓ **Pequeño:** Asintomático, Soplo sistodiastólico
- ✓ **Grande:**
 - ✓ Pulsos amplios-saltones
 - ✓ Signos de ICC
 - ✓ Puede existir retraso ponderal por dificultades en la alimentación
 - ✓ Cuadros respiratorios a repetición
- ✓ Riesgo Endocarditis bacteriana

TRATAMIENTO:

- ✓ **Ductus pequeño asintomático:** No requiere tto médico
- ✓ **Ductus pequeño sintomático:** Medidas habituales para IC, hasta su derivación a un centro quirúrgico.
Eventual cierre a través de cateterismo
- ✓ **Ductus en prematuros sintomático:** Tto con Indometacina



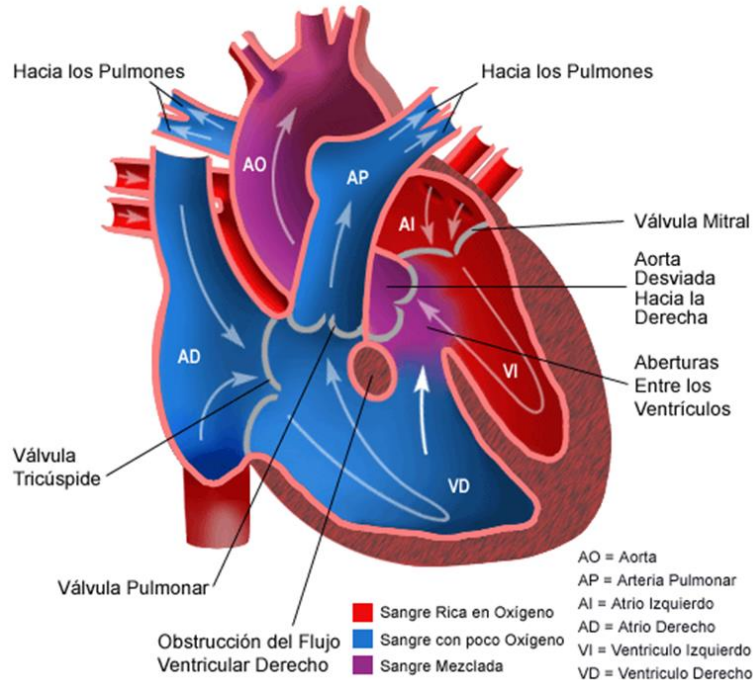
- ✓ Lesión obstructiva distal a subclavia izq.
- ✓ Aumento presión sistólica en EESS y disminución (gradiente) en EEII
- ✓ Pulsos EESS saltones
- ✓ Pulsos EEII tenues o ausentes
- ✓ Frialidad EEII
- ✓ Soplo sistólico
- ✓ ICC si es muy acentuada la coartación
- ✓ Mareos, cefaleas, desmayos en escolares
- ✓ RX: cardiomegalia global

Característica principal: CIANOSIS de piel y mucosas y/o la INSATURACIÓN de la sangre arterial

Causa: mezcla de sangre arterial y venosa dentro del corazón. (cortocircuito o shunt D-I)



Tetralogía de Fallot (TOF ó "Tet")



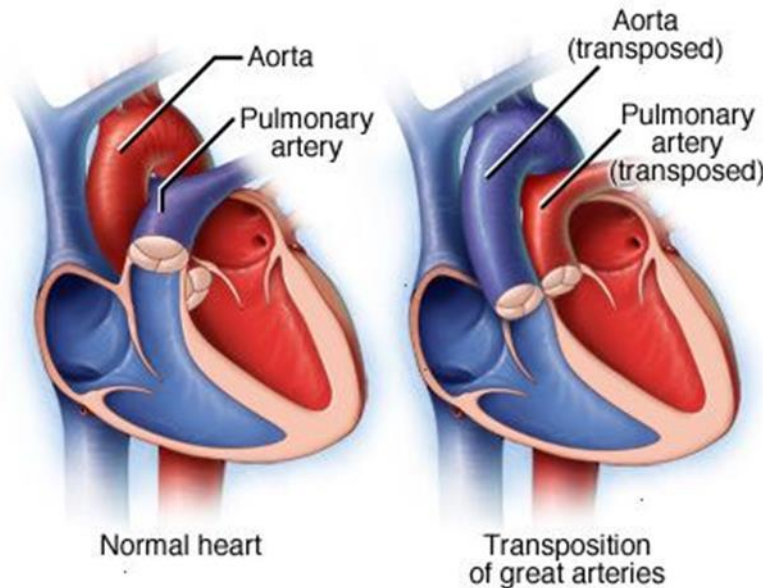
- ✓ CIV
- ✓ Hipertrofia VD
- ✓ Estenosis valvular y/o subvalvular pulmonar
- ✓ Cabalgamiento de la Ao sobre septum interventricular

- ✓ **Cianosis:** depende del grado de obstrucción
- ✓ Episodios de **crisis cianóticas** y **crisis anoxémicas** (hipoflujo pulmonar)
- ✓ Dedos palillo tambor, retraso crecimiento y desarrollo, posición cuclillas
- ✓ No ICC
- ✓ Disnea
- ✓ Rx: corazón en forma de zueco por aumento VD, circulación pulmonar disminuida.

Los niños con tetralogía de Fallot presentan una coloración de piel azulada cuando lloran o se alimentan



"Crisis de hipoxia"



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

- ✓ Cardiopatía congénita grave y común en el periodo de recién nacidos.
- ✓ La aorta nace del ventrículo derecho y la arteria pulmonar del izquierdo.
- ✓ es más frecuente en hijos de madres diabéticas, en madres con alto consumo de alcohol o en madres desnutridas

Soplos

- ✓ 60% son “inocentes”
- ✓ De intensidad variable, irradiados, con frémitos
- ✓ La ausencia no descarta CC (TGA)

Pulsos

- ✓ Palparlos en las 4 extremidades
- ✓ Amplios y saltones (DAP)
- ✓ Disminuidos en extremidades inferiores (Co Ao)

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA:

“Situación en la cual el corazón es incapaz de proporcionar al organismo un débito sanguíneo suficiente para satisfacer sus demandas, sean estas en reposo o en ejercicio”

- Polipnea
- Cansancio o sudoración al alimentarse (Diaforesis)
- Irritabilidad
- Mal incremento de peso
- Calidad y simetría de pulsos periféricos
- Congestión pulmonar secundaria
- BNM a repetición

Recién nacido:

- ✓ Taquicardia.
- ✓ Hipotensión.
- ✓ Oliguria.
- ✓ Polipnea
- ✓ Frialdad acra
- ✓ Cansancio o dificultad al mamar.
- ✓ Cianosis leve



COMPLICACIONES: SHOCK CARDIOGENICO

- comienzo brusco
- Hipotensión
- Perfusión >2''
- Insuficiencia respiratoria
- Acidosis
- cianosis
- hipoxemia....

Alto riesgo de muerte
ES UNA URGENCIA CARDIOLOGICA

Acciones:

- ✓ Pesquisar y avisar signos de bajo débito
- ✓ Asegurar vía aérea
- ✓ Administrar oxígeno según necesidad
- ✓ Mantener tranquilo
- ✓ Monitoreo continuo de FC y PA
- ✓ Balance hídrico cada 12 h
- ✓ Vía venosa segura
- ✓ Administrar drogas vaso activas según indicación médica y observar respuesta
- ✓ Mantener glicemia dentro de rango
- ✓ Corregir anemia si está presente
- ✓ Medir diuresis horaria y avisar disminución
- ✓ Controlar GSA, electrolitos



Detección y Control

- ✓ Control embarazo, ECO desde 20 sem.
- ✓ Derivación a nivel terciario
- ✓ hospitalización materna.

Diagnóstico

- ✓ Historia clínica
- ✓ Examen físico
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ ECG
- ✓ Ecocardiografía 2D
- ✓ Cateterismo cardíaco
- ✓ Exámenes de laboratorio

Acciones:

- ✓ Disminuir trabajo: mantener ambiente térmico neutro, reposo, alimentar por sonda
- ✓ Monitoreo continuo FC, PA, PVC, diuresis
- ✓ Posición semi-sentada
- ✓ Restricción de líquidos
- ✓ Administrar diuréticos
- ✓ Administrar drogas según indicación médica
- ✓ Control de peso diario, balance hídrico cada 12h
- ✓ Pesquisar signos de compromiso respiratorio





COMPARTAMOS EXPERIENCIAS...

