



UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

**MATERIA:
CARDIOLOGÍA**

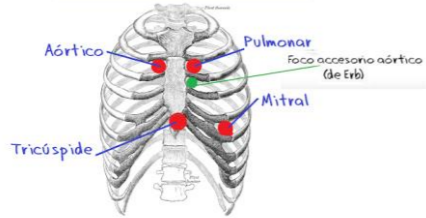
**MAPA MENTAL:
TIPOS DE SOPLOS**

**DOCENTE:
DR. SAÚL PERAZA MARÍN**

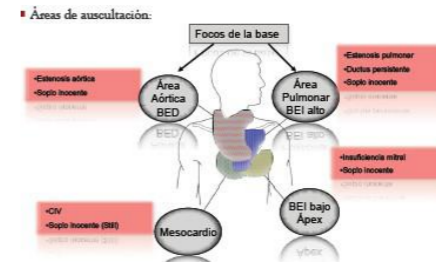
**ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
CHIAPAS A; 28 DE OCTUBRE DE 2021**

Auscultación cardíaca
4 focos de auscultación



Es un fenómeno acústico ocasionado por el cambio del flujo sanguíneo laminar a flujo turbulento; ocurre durante el paso de sangre a través de estructuras cardíacas o vasculares como defectos septales, válvulas o en la bifurcación de los vasos.



GRADO I
Soplo muy tenue, apenas audible para oídos expertos; requiere escuchar varios latidos para identificarlo.

GRADO VI
Soplo intenso, con frémito acentuado y audible aún sin colocar el estetoscopio sobre el tórax.

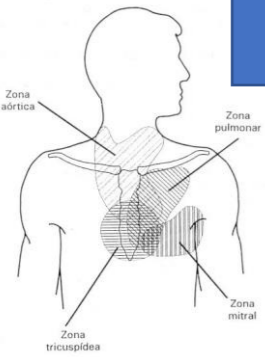
CLASIFICACION DE LOS SOPLOS CARDÍACOS

GRADO II
Soplo más intenso que el anterior, fácilmente identificable.

GRADO V
Soplo intenso con frémito más intenso que el anterior, audible a través de estructuras sólidas y audible al colocar el borde del estetoscopio.

GRADO III
Soplo intenso sin frémito.

GRADO IV
Soplo intenso acompañado de frémito.



■ Relación con el ciclo cardíaco:

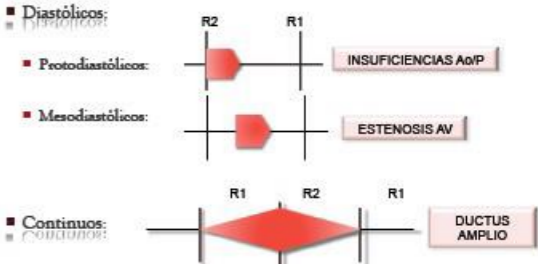
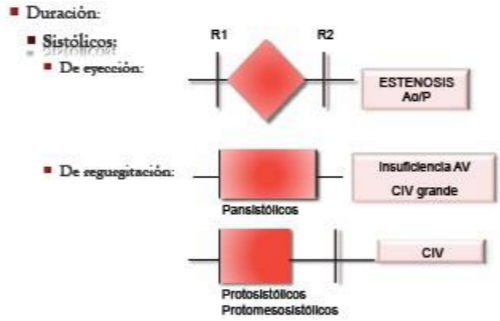


SINDROMES Y ENFERMEDADES	ANOMALIA CARDIOVASCULAR
FRECÜENTES	
Asociación CHARGE	Anomalías conotruncales: tetralogía Fallot y truncus arterioso común Anomalías del arco aórtico: anillo vascular e interrupción de arco aórtico
Asociación VACTERL	Comunicación interventricular Otros
Ataxia de Friederich	Miocardopatía
Distrofia muscular de Duchene	Miocardopatía
Enfermedad de Pompe	Miocardopatía hipertrófica
Esclerosis tuberosa	Rabdomiomas
Miocardopatía hipertrófica obstructiva	Estenosis subaórtica hipertrófica obstructiva
Mucopolisacaridosis	Insuficiencia aórtica y/o insuficiencia mitral, coronariopatía
Progeria (síndrome de Hutchinson- Gilford)	Aterosclerosis acelerada
Prolapso de la válvula mitral	Insuficiencia mitral, arritmias
Síndrome alcohólico fetal	Comunicación interventricular, ductus arterios persistente, comunicación interauricular, tetralogía de Fallot
Síndrome de DiGeorge	Interrupción de arco aórtico, truncus arterioso, comunicación interventricular, ductus arterioso persistente, tetralogía de Fallot.

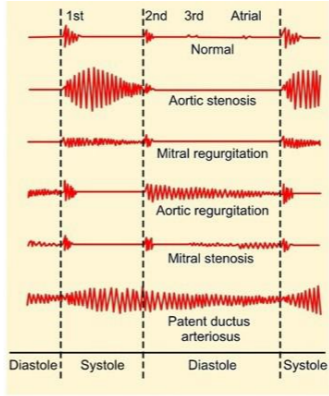
SOPLO STILL (70-85%): 2-8 años. Armónico, vibratorio en BEI. Cambia con la posición.
SOPLO SISTOLICO PULMONAR: Niños delgados en sedestación.
SOPLO SISTOLICO AORTICO: Adolescentes y adultos.

SOPLO PATOLOGICO: Condiciones hemodinámicas anormales con o sin patología estructural.
 - Soplo funcional: estado circulatorio anormal como anemia, fiebre, tirotoxicosis.
 - Soplo orgánico: alteración anatómica, direccional y a flujo turbulento (2-7% soplos)

TIPOS DE SOPLOS



SOPLO DE ESTENOSIS RAMAS PULMONARES: RN (Prematuros). Desaparece en los primeros 6 meses. Irradia a axila y espalda.
SOPLO CONTINUO O ZUMBIDO VENOSO: 2-8 años. Yugulares.
SOPLO ARTERIAL SUPRACLAVICULAR: Adolescencia. Vasos carotídeos



SOPLO INOCENTE: Cualquier soplo producido por un sistema cardiovascular normal.
 Nunca es diastólico o continuo.
 - No irradia. (**salvo estenosis ramas pulmonares en RN**)
 - Grado superior 3/6 sobre todo si tiene frémito.
 - 2o ruido no es normal.
 - asocia otros ruidos patológicos.

HALLAZGOS AUSCULTATORIO EN LAS PRINCIPALES CARDIOPATÍAS

Comunicación interauricular (CIA)	Soplo sistólico eyectivo 2-3/6 en borde esternal izquierdo. 2R con desdoblamiento fijo y amplio.
Comunicación interventricular (CIV)	Soplo pansistólico de regurgitación grado 2-5/6, localizado en borde esternal izquierdo. Puede existir frémito.
Ductus arterioso persistente (DAP)	Soplo continuo grado 2-4/6 en la zona infraclavicular izquierda. Puede existir frémito. Pulsos saltones.
Coartación de aorta (CAo)	Soplo sistólico eyectivo grado 1-3/6, más intenso en el área interescapular. Pulsos femorales débiles o ausentes. Hipertensión en brazos.
Drenaje venoso pulmonar anómalo total (DVPAT)	Soplo sistólico eyectivo grado 2-3/6 en foco pulmonar. 2R desdoblado amplio y fijo. Puede haber ritmo de galope. Soplo diastólico sordo en borde esternal izquierdo. Cianosis central leve.
Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP)	Hallazgos auscultatorios similares a la CIA.
Tetralogía de Fallot	Soplo sistólico eyectivo largo grado 2-4/6 borde esternal izquierdo. El soplo se acorta con el aumento de la cianosis. Desaparece en las crisis hipóxicas. Puede haber frémito. 2R fuerte/único. Cianosis.
Estenosis valvular pulmonar	Chasquido de eyección después del 1R. Soplo sistólico eyectivo grado 2-5/6 en foco pulmonar. 2R puede estar desdoblado si es leve. Frémito
Estenosis arteria pulmonar	Soplo sistólico eyectivo grado 2-3/6. Se transmite bien hacia la espalda y hacia ambos campos pulmonares.
Estenosis valvular aórtica (EVAo)	Chasquido de eyección después del 1R. Soplo sistólico eyectivo 2-5/6 en 2º espacio intercostal derecho. Se transmite bien al cuello. 2R puede ser único. Frémito en escotadura supraesternal.

Estenosis subaórtica	Soplo sistólico eyectivo grado 2-4/6. Ausencia de chasquido de eyección.
Estenosis aórtica supravalvular	Soplo sistólico eyectivo grado 2-3/6, ausencia de chasquido de eyección. Puede tener frémito.
Insuficiencia mitral (IM)	Soplo pansistólico de regurgitación grado 2-3/6. Se transmite axila izquierda.
Insuficiencia tricúspide (IT)	Soplo sistólico de regurgitación grado 2-3/6 en borde esternal izquierdo bajo. En casos graves puede existir hepatomegalia e ingurgitación yugular.
Insuficiencia aórtica (IAo)	Soplo diastólico agudo en decrescendo que se ausculta preferentemente en 3º- 4º espacio intercostal izquierdo. Puede haber soplo sistólico eyectivo en 2º espacio intercostal derecho. Pulso saltón en IAo grave
Insuficiencia pulmonar (IP)	Soplo diastólico de alta frecuencia en borde esternal superior izquierdo.
Estenosis mitral (EM)	En ápex: chasquido de apertura, retumbo mesodiastólico de baja frecuencia. Si hipertensión pulmonar: 2º ruido fuerte y desdoblado

BIBLIOGRAFÍAS:

1. *Protocolos Sociedad Española de Cardiología Pediátrica.*
2. *Historia clínica y exploración física en cardiología pediátrica. Dr. José Santos de Soto.*
Soplo inocente: Importancia diagnóstica. Dra. Carmen Ruíz Berdejo.
3. *Los soplos cardiacos en la infancia. Dra. R. Tamarit-Martel Moreno. Pediatría integral. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.*
4. *Exploración cardiológica. Actualización AEPap. 2005. Dr. L. Fernández Pineda*
5. *Innocent murmurs. Thomas Biancaniello. Circulation 2005.*
6. *Heart murmurs in Pediatric Patients: When do you Refer? American Family Physician. 1999 Aug 1;60 (2): 558-564. Michael E. McConnell et al.*
7. *Evaluation of heart murmurs in children: Cost-effectiveness and practical implications. J. Pediatrics 2002, Volume 141, Issue 4, 504-511. Michael S. Yi, et al*