



Mario Morales Argueta

Cardiología.

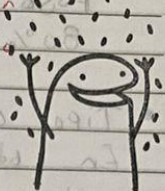
Cardiología

5.-A

Cardiopatías Congénitas

* Las anomalías cardíacas congénitas suelen tolerar bien antes del nacimiento **excelente**

El feto se beneficia de la derivación de la sangre a través del conducto arterial y el orificio oval, lo cual permite que se eviten las anomalías



* Las cardiopatías congénitas se clasifican en Cianóticas y Acianóticas.

La cianosis consiste en la coloración azulada de la piel y las membranas mucosas provocada por una elevada concentración en sangre de hemoglobina desoxigenada.

* Las lesiones anatómicas comprenden la estenosis intracardiaca o vascular, insuficiencia valvular y las anomalías que provocan derivación de la sangre de izquierda a derecha.

Comunicación interauricular.

Es un defecto en el septo interauricular que comunica las dos aurículas entre sí. Generalmente, predomina en el sexo femenino.

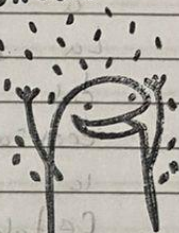
Circulación Fetal

* La sangre que fluye a través del feto es en realidad más complicada que después de nacer el bebé.

Esto se debe a que la madre (la Placenta) hace el trabajo que los pulmones del bebé realizarán después del nacimiento.

excelente

* La placenta recibe la sangre sin oxígeno del feto a través de los vasos sanguíneos que salen del feto mediante el cordón umbilical (arterias umbilicales, hay dos). Cuando la sangre pasa por la placenta, recoge oxígeno.



A continuación, la sangre alta en oxígeno regresa al feto a través del tercer vaso del cordón umbilical (Vena umbilical).

* La sangre alta en oxígeno que entra en el feto pasa a través del lado izquierdo del corazón.

* El orificio entre las dos cámaras superiores del corazón (aurícula iz. y der.) se denominan **foramen oval permeable**. Este orificio permite que la sangre alta

Mario Morales Argueta 5-^o A

D M A

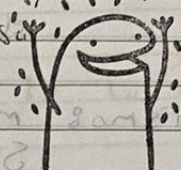
Scribe®

Comunicación Interventricular

* Es la cardiopatía congénita más frecuente, exceptuando la válvula aórtica bicuspide

Consiste en un defecto de cierre del tabique que separa los ventrículos en general en la porción membranosa

excelente



* Fisiopatología

- En los orificios pequeños no existe mucha turbulencia fisiopatológica y un porcentaje alto cierra espontáneamente hacia el primer año de vida. En los CIV grandes, el shunt $l \rightarrow d$ origina hiperaflujo pulmonar.

Clinica

* Los CIV pequeños son asintomáticos, las grandes suelen producir insuficiencia cardíaca en los primeros meses de vida.

Diagnóstico

* Auscultación

- soplo pansistólico pulmonar izquierdo áspero y fuerte

Maria Marales Argueta

D

M

A

Scribe®

Coartación de la Aorta

- * Estrechamiento del istmo aórtico distal a la subclavio izquierda.

Fisiopatología

- * Origen dificultad de circulación de sangre hacia extremidades inferiores, conservando irrigación a superiores de cráneo.

Clasificación:

- * Preductales = Infantil
- * Postductales = Adultos

Clinica

- * Pulsos femorales ausentes
- * Soplo mesosistólico aórtico.

Diagnostico

- * Rx de tórax: Dilatación de la aorta ascendente.
- * Signo del "3" en la aorta.
- * EKG: * Sobre cursa de V1.
* En neonatos sobrecursa de VD.

Mario Morales Arjeta

D M A

Scribe®

* Ductus arterioso persistente

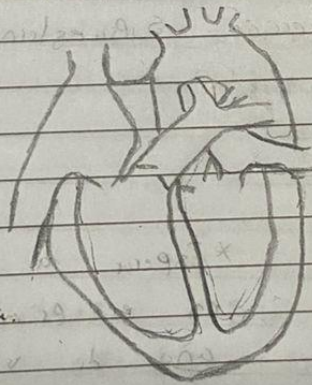
* Consiste en la ausencia de obliteración del ductus arterioso en el recién nacido, persistiendo un conducto que une la aorta, distal a la subclavio izquierda, con la arteria pulmonar.

Fisiopatología

* La forma más leve suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros meses. En el resto de casos, se origina un cortocircuito I→D desde la aorta hasta la arteria pulmonar que se ocasiona hiperflujo pulmonar y sobre carga de volumen de las cavidades izquierdas.

Fx de riesgo:

- Prematuridad.
- Infección por rubéola.



Diagnóstico:

-> Exploración:

Pulso celer y saltón; pueden aparecer signos de insuficiencia cardíaca. Generalmente se palpa un thrill.