



**Nombre del alumno: HATZIRY GÓMEZ
HERNÁNDEZ**

**Nombre del profesor: ROMEO SUARES
MARTINEZ**

Nombre del trabajo: RESUMENES

Materia: Cardiología

Grado: 5to

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de diciembre del
2024.

CARDIOPATIAS

CONGENITAS

Las cardiopatías congénitas pueden producir síntomas desde el nacimiento o en las primeras horas de vida, en la niñez o incluso debutar en la edad adulta.

- ⊙ Cardiopatía adulta = repercusión sobre árbol vascular pulmonar y cavidades derechas = evolución clínica y síntomas predominantes. = pronóstico.
- ⊙ Sobrecarga de trabajo del miocardio = desarrollo = arritmias = (+) auriculares.
- ⊙ Cuatricies de incisiones = intervenciones quirúrgicas.
- ⊙ Ecocardiografía bidimensional y resonancia magnética, TAC y ecocardiografía tridimensional = útil = Dx.
- ⊙ Importante reconocer = Cianosis, sobrecarga de cavidades izq y dcha.

= CARDIOPATIAS CONGENITAS CON HIPERAFLUJO PULMONAR =

- ⊙ Producir infecciones respiratorias recurrentes

= CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICAS (CON SIN HIPERAFLUJO PULMONAR).

- ⊙ Presencia de hipoxemia y cianosis.
- ⊙ Rápidamente mortal

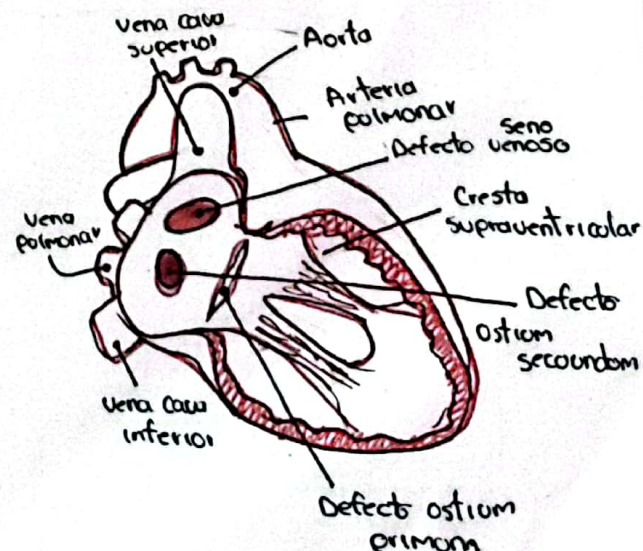
excelente



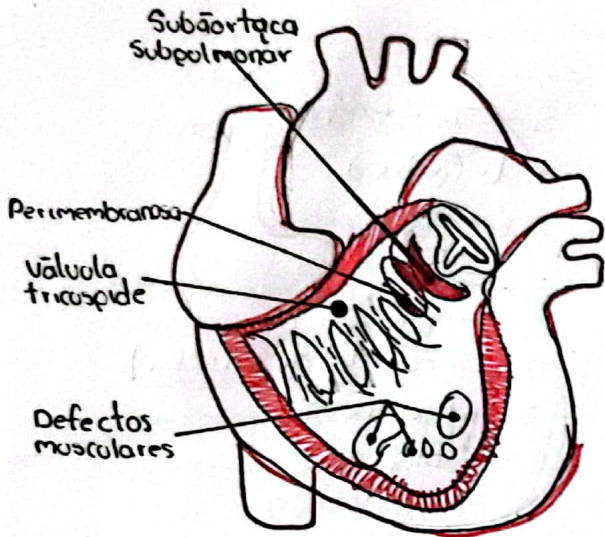
COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

= Es un defecto en el septo interauricular que comunica las dos aurículas entre sí.

- ⊙ + en mujeres
- ⊙ Se divide en tres grupos
 - ① Tipo Ostium secundum = región de la fosa oval y periferia
 - ② Tipo Ostium primum = porción más ↓ del septo interauricular = encima de 2 valvulas AV = asociado = hendidura o cleft



Comunicación interventricular



Es la presencia de un defecto en el septo interventricular que permite la comunicación entre ambos ventrículos.

- ▶ Único o múltiple
- ▶ Presencia aislada o de otras cardiopatías.

SEPTO INTERVENTRICULAR =

- ① Membranoso
- ② Entrada
- ③ Trabeculado
- ④ Salida o infundibular

Compartimientos

- ▶ + frecuente
- ▶ Extensión = R. adyacente
- ▶ CIV muscular y infundibular = (-) frecuente

Fisiopatología y Clínica:

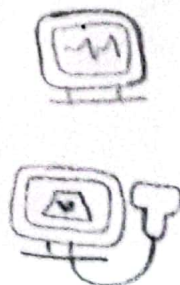
- ⊙ Defectos pequeños = No repercusión clínica.
- ⊙ Grandes = shunt I-D ↑ presión = hiperflujo pulmonar
- ⊙ CIV pequeñas = soplo sistólico, rudo o áspero = ↑ frecuencia
- ⊙ CIV grande = I. cardíaca → infancia
- ⊙ Sople llamativo = CIV pequeñas = desaparece con desarrollo = Sx Eisenmenger
- ⊙ Defecto grande = soplo (-) llamativo

Pronóstico y Tratamiento:

- ⊙ 30-50% = CIV muscular pequeña = cerca al ápex = cierre espontáneo = 1er año de vida.
- ⊙ Riesgo endocarditis = 2 - 1.000 P/Año.
- = Cirugía = parche = 3 y 9 meses de edad.
- ⊙ Si tx inicial = demorar cirugía
- = Cateterismo

Diagnóstico:

- ⊙ ECG = hipertrofia biventricular y AI
- ⊙ R. tórax = Cardiomegalia = plétora pulmonar
- ⊙ Ecocardiograma, IC, reso. magnética = amplitud y número de CIV.



excelente



▶ Hatziry Gómez

CONDUCTO ARTERIAL

Persistente

- Es el vaso que conecta la arteria pulmonar izquierda con la aorta descendente durante la vida fetal. Se forma cuando el conducto no se cierra correctamente después del nacimiento.

Fisiopatología

El músculo liso del conducto arterial se suele contraer con el nacimiento por \uparrow repentino de la tensión de oxígeno en sangre y a la reducción del nivel de prostaglandinas circulantes. La presión \uparrow en la Art. pulmonar. Con el paso del tiempo daña los vasos sanguíneos más pequeños en los pulmones.

E. Física

- Soplo cardíaco
- Sudoración excesiva
- Taquicardia
- Taquipnea

Dx

- Radiografía de tórax = silbeto (+)
- ECG = \uparrow tamaño de AI y hipertrofia ventricular izquierda
- Ecocardiografía :
- Cateterismo

Síntomas

- Asintomático
- I. Cardíaca congestiva
- Taquicardia
- Lento crecimiento
- Infección recurrente
- Fatiga, disnea y palpitaciones
- Endarteritis

Tx

- Intervención
- Inhibidores de síntesis de prostaglandinas
- División o ligadura quirúrgica = transcatéter

excelente



Hateiny Gomez

ESTENOSIS

Aórtica Congénita.

- Es un defecto cardíaco presente desde el nacimiento en el cual la válvula aórtica, que conecta el corazón con la aorta se estrecha.

Fisiopatología

El orificio valvular se estrecha significativamente, PS ventricular izquierda debe \uparrow para bombear la sangre de la aorta por válvulas. El VI se hipertrofia. El chorro de sangre a \uparrow velocidad puede impactar en la pared aórtica proximal y condicionar la dilatación de este vaso.

E. Física

- Soplo sistólico
- Segundo ruido cardíaco
- I. cardíaca
- Pulso carotídeos débil

TX

- Intervención inmediata
- Valvuloplastia transcatala con balón
- Revisión quirúrgica posterior.

Síntomas.

- = 10% lactantes = I. cardíaca
- = Taquicardia
- Taquionesa
- = Retraso = crecimiento
- Asintomático
- Disnea de esfuerzo
- A. pecho
- Síncope

Dx:

- Radiografía de tórax = VI + tamaño y aorta ascendente dilatada.
- ECG = Hipertrofia VI
- Eccardiograma = estructura de v. aórtica y el grado de hipertrofia VI.
- Cateterismo cardíaco = gradiente de presión a través de válvula

ESTENOSIS

Pulmonar

La estenosis pulmonar aislada se puede dar a nivel de la válvula pulmonar, en el interior del cuerpo del VD, o en la propia arteria pulmonar.

- + frecuente
- 10% de pacientes con otras formas de C. congénita

Fisiopatología

- Estenosis pulmonar es la obstrucción de la expulsión sistólica VD, lleva a ↑ de presión ventricular derecha y la hipertrofia de la cavidad
- Un gradiente máximo de Presión transvalvular sist. > 50 mmHg = estenosis pulmonar leve, 50 y 80 mmHg = moderada, severa > 80 mmHg.

E. Física

- Onda a = vena yugular
- Desplazamiento del VD sobre el esternón
- Sopro sistólico de ejección
- frémito palpable
- Desdoblamiento del T₂ con P₂ = retraso del cierre de V. pulmonar estenótica.
- Ruido de ejección

Síntomas

- Asintomáticos
- Sopro
- Disnea de esfuerzo
- Intolerancia al ejercicio
- Descompensación
- I. Cardíaca derecha
- Edema maleolares

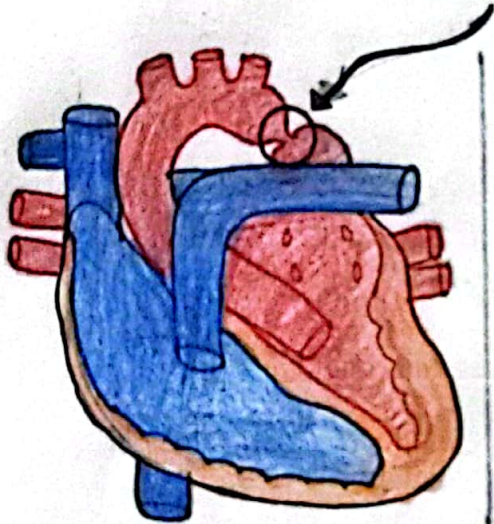
Dx:

- Radiografía de tórax = AD↑ y ventrículo dilatado de A. pulmonar
- ECG = hipertrofia VD y desviación del eje derecho.
- Ecocardiografía = imagen Doppler = morfología de válvula pulmonar

Tx:

- Leve = no tx
- Valvuloplastia transcateéter con balón.
- Profilaxis de endocarditis, con antibiótico.

Coartación de la AORTA



- Consiste normalmente en un estrechamiento diferenciado de la luz de la aorta
- Se localiza = preductal 2% y postductal 98%
- ① Preductal = zona proximal del conducto ↓ flujo a través del ducto derecho del corazón
- ② Postductal = consecuencia de extensión del tejido del conducto muscular en Aorta durante la vida fetal.

§ FISIOPATOLOGIA §

- El VI se hipertrofia, el flujo de sangre → cabeza y extre. superior se mantienen por A. proximal = ↓ flujo de extre. inferior por AD, HVI, dilatación de vasos sanguíneos colaterales desde A. intercostales
- Vasos = ↑ tamaño y desgasta la sup. costillas

SINTOMAS

- ① Preductal =
 - Cianosis diferencial en el conducto arterial = abierto

EXPLORACIÓN FÍSICA

- = Pulsos femorales tardíos
- = ↑ PA
- PA sistólica = ↑ brazos
- 15-20 mmHg = sospecha de coartación
- Soplos = adultos

DIAGNÓSTICO

- Rx de tórax = muesca sup = costillas
- ECG = HVI
- Eccardiografía = Doppler = confirmatorio
- RM = longitudinal y gravedad
- Cateterismo

TRATAMIENTO

- Neonatos
 - Infusión de PSG
- Niños
 - Reparación efectiva
 - Escisión del seg aortico ↓ con reanastomosis termino terminal
 - Reparación directa de coartación