



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Nombre del profesor: Romeo Suárez Martínez.

Nombre del trabajo: Cardiología.

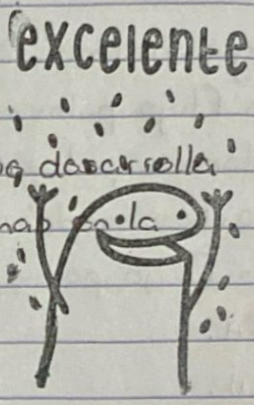
Materia: Cardiología.

Grado: 5

Grupo: "C"

Introducción de las cardiopatías congénitas

- Las cardiopatías congénitas → Producen síntomas desde el nacimiento, en las primeras horas, niñez o adultos.
- Cardiopatía + frecuente en cualquier edad → Válvula aórtica bicúspide.
- 2da cardiopatía + frecuente en neonatos → CIV.
- Cardiopatía + frecuente en adultos → CIA.
- Forma cianótica + frecuente en el recién nacido → TGV.
- 1er año de vida → Tetralogía de Fallot.



Las cardiopatías congénitas se producen cuando el \heartsuit no se desarrolla de forma normal durante el embarazo. → Genera problemas en la estructura o el funcionamiento del \heartsuit .
Se clasifican en cianóticas y acianóticas.

Lesiones	(%) de todas las lesiones
CIV	25-30
CIA (ostium secundum)	6-8
Ductus	6-8
Coartación aórtica	5-7
Tetralogía de Fallot	5-7
Estenosis de válvula pulmonar	5-7
Estenosis de válvula aórtica	4-7
D-transposición de grandes arterias	3-5

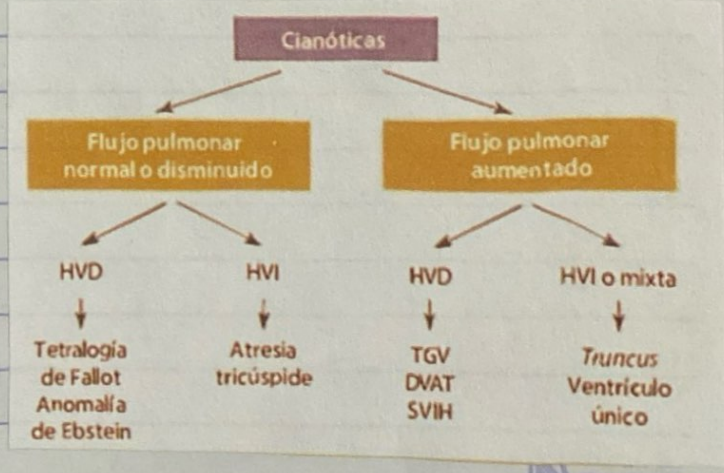
Epidemiología de las cardiopatías congénitas.

Cianóticas

Coloración azulada de la piel y de membranas mucosas; provocando \uparrow de la [I] en sangre de Hb deoxigenada. Permiten que la sangre poco oxigenada del lado derecho del \heartsuit se deriva al lado izquierdo.

Regla mnemotécnica:

- Con flujo pulmonar normal o \downarrow : FEA
- Fallot
- Ebstein
- Atresia tricúspidea.
- Con flujo pulmonar \uparrow : TDT
- TGV
- Drenaje venoso pulmonar anómalo.
- Truncus.



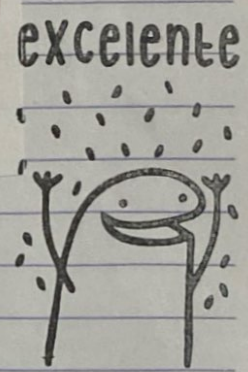
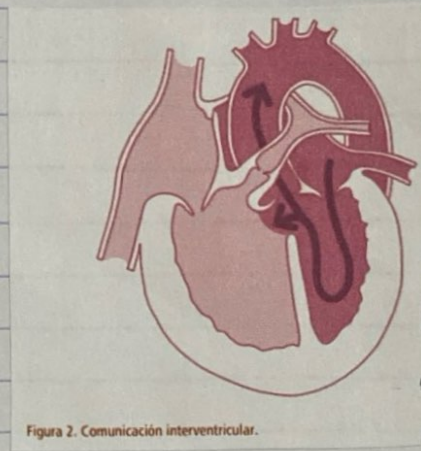
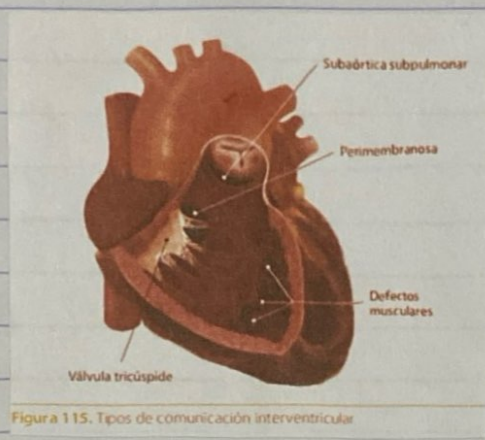
CIU - Comunicación interventricular

Definición:

Defecto en el septo interventricular que permite la comunicación entre ambos ventrículos.

Fisiopatología:

- Orificios pequeños → No existe mucha traducción fisiopatológica.
↳ % alto de cerrarse en el 1er año de vida.
- CIU grandes → El shunt I → D origina hiperaflujo pulmonar.



Manifestaciones clínicas:

- CIU pequeñas → Asintomáticas.
- CIU grandes → Insuficiencia cardíaca (en los primeros meses de vida).

Diagnóstico:

- Auscultación: Soplo pansistólico paraesternal izq. áspero y fuerte.
↳ Notable en defectos pequeños → Desaparece con la inversión del Shunt.
- ECG: Hipertrofia biventricular y de aurícula izquierda.
- Rx de torax: Cardiomegalia con plétora pulmonar.
- Ecocardiografía
- TC
- RM

Amplitud y nº de las CIU.	Tipos de CIU	
	- Traoculada	
	- Perimembranosa	
	- Entrada	
	- Salida	

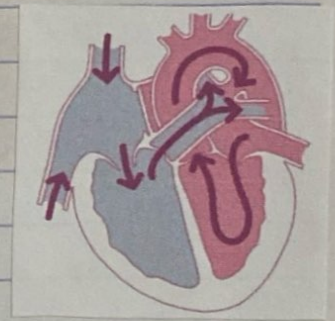
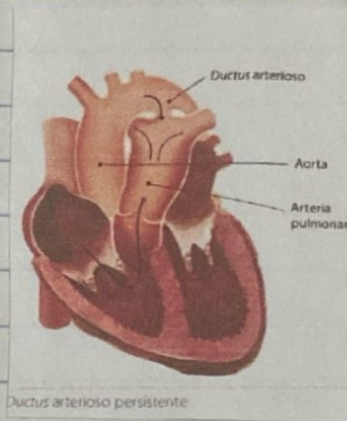
Ductus arterioso persistente

Definición: Persistencia de una comunicación entre la aorta (distal a la subclavia izquierda) y la arteria pulmonar (pulmonar izquierda proximal).

- Presente durante la vida fetal.
- Habitualmente se cierra en las 1ras 10-15 hrs.
- Más frecuente en niñas y prematuros.
- Asociada a infección materna por rubéola.

Fisiopatología:

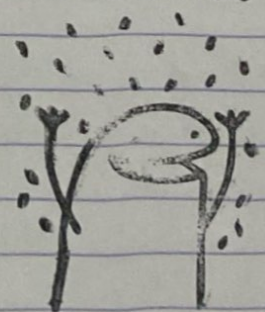
- Formas leves: Suelen cerrarse espontáneamente durante los 1ros meses.
- Se establece un shunt de aorta a arteria pulmonar con hiperaflujo pulmonar y sobrecarga de trabajo en las cavidades izquierdas.



Clinica:

- Signos y síntomas dependientes del tamaño.
- Pulso arterial → Rápido y saltón.
- Soplo continuo (máquina de Gibson) en foco pulmonar → Irradica a región infraclavicular izq.
- Hipertensión pulmonar → Inversión del shunt.
→ Cianosis diferencial.

excelente



Diagnóstico:

- Exploración: Pulso.
- Auscultación: Soplo en maquinaria de Gibson.
- ECG: Sobrecarga de ♥ izq.
- Rx tórax: Pletora pulmonar, crecimiento de ♥ izq.
- Ecocardiograma: Confirma dx mediante la visualización del ductus en proyección supracostal.