



**Nombres de los alumnos: Elvin  
Caralampio Gómez Suárez**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez  
Martínez**

**Nombre del trabajo: Cardiología**

**Materia: Cardiología**

**Grado: 5**

**Grupo: "C"**

# Introducción de cardiopatías Congénitas

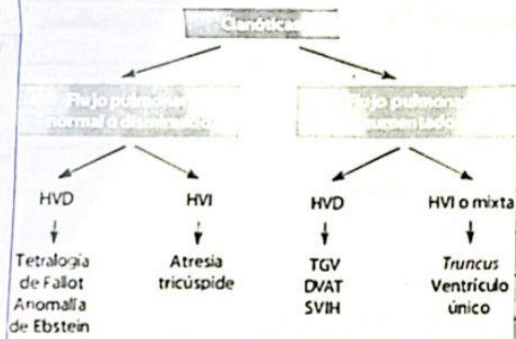
Después del nacimiento el neonato se separa de la circulación materna, de la oxigenación que le aporta y las derivaciones fetales se cierran. En este momento, normalmente se manifiestan las cardiopatías congénitas.

**Cardiopatías congénitas**

- Se produce cuando el corazón no se desarrolla normalmente durante el embarazo
- Es un problema en la estructura o el funcionamiento del corazón que está presente desde el nacimiento
- Se clasifican en:
  - Cianóticas
  - Acianóticas



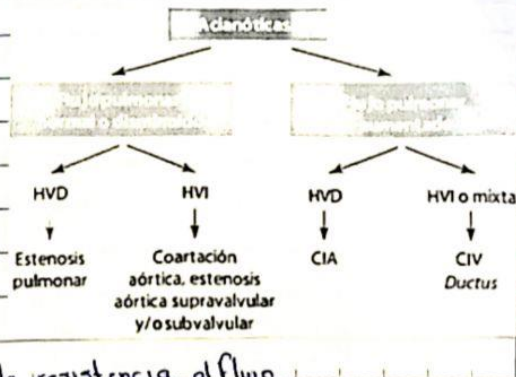
## CIANÓTICAS:



- Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas
- Provocada por una elevada concentración en sangre de hemoglobina desoxigenada
- Permite que la sangre poco oxigenada del lado derecho del corazón se derive al izquierdo

## ACIANÓTICAS:

- Lesiones acianóticas comprenden la estenosis intracardiaca o vascular
- Insuficiencia valvular y anomalías que provocan la derivación de la sangre de izquierda a derecha
- Todas dan un ↑ de volumen y presión arterial pulmonar pudiendo estar asociados al desarrollo posterior de la hipertrofia arterial pulmonar y ↑ a la resistencia al flujo.

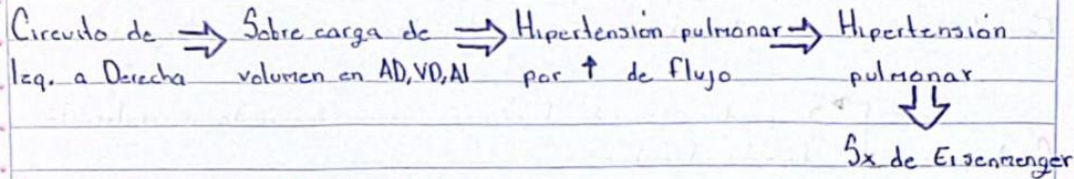




# COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA) ♂

**DEFINICIÓN** ♂: Abertura persistente del tabique interauricular después del nacimiento, permite la comunicación directa entre las aurículas izquierda y derecha.

## FISIOPATOLOGIA ♂



## MANIFESTACIONES CLINICAS ♂

- Lactantes con CIA son asintomáticos
- Infancia  $\rightarrow$ 
  - $\uparrow$  Dificultad de esfuerzo
  - $\rightarrow$  Fatiga
  - $\rightarrow$  Infecciones recurrentes de vías respiratorias bajas

- Adultos  $\rightarrow$ 
  - $\rightarrow$  Fatigabilidad
  - $\rightarrow$  Palpitaciones

Lesiones	(%) de todas las lesiones
CV	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

## DIAGNOSTICO ♂

- Rx torácicas  $\rightarrow$ 
  - $\rightarrow$  Corazón de  $>$  tamaño
  - $\rightarrow$   $\uparrow$  de la trama vascular pulmonar
- ECG  $\rightarrow$ 
  - $\rightarrow$  Hipertrofia ventricular derecha
  - $\rightarrow$  Bloqueo o hemibloqueo de rama derecha
- Ecocardiografía  $\rightarrow$   $\uparrow$  tamaño de la AD y VD
- Analisis de flujo con Doppler  $\rightarrow$  Magnitud y dirección del flujo de derivación y estimar la presión sistólica ventricular derecha

## TRATAMIENTO ♂

- ▶ Cirugía reparadora programada
- ▶ Cateterismo



# Comunicación Interventricular

Elvin

## DEFINICIÓN:

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

## FISIOPATOLOGÍA:

Orificios pequeños → No existe mucha traducción fisiopatológica  
 ↳ Porcentaje alto de cerrarse en el 1er año de vida

CIU grandes → Shunt I → D. origina hiperflujo pulmonar

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

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

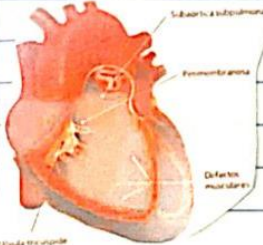
## DIAGNÓSTICO:

◦ Auscultación → Notable en defectos pequeños → Desaparece con la inversión del Shunt  
 ↳ Septo pansistólico paracostal izq. áspero y fuerte

- ECG → Hipertrofia biventricular y de aurícula izq.
  - Rx de tórax → Cardiomegalia con plétora pulmonar
  - Ecocardiografía
  - TC
  - RM
- ↳ Amplitud y n° de las CIU



## TRATAMIENTO:



- ▷ IECA y Diuréticos → Síntomas → Insuficiencia cardíaca
  - ↳ Dilatación ventricular
  - ↳ Retraso del crecimiento
- ▷ Cateterismo
- ▷ Cirugía → Generalmente entre los 3-9 meses

excelente

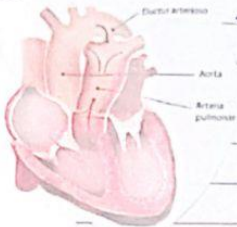


TÍTULO

FECHA

# Ductus arterioso persistente ELVIN

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



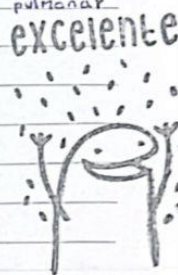
- \* Presente durante la vida fetal
- \* Habitualmente se cierra en las primeras 10-15 horas
- \* Más frecuente en niños y prematuros
- \* Asociada a infección materna por rubéola

## Fisiopatología:

- \* **FORMAS LEVES:** Suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros meses.
- \* Se establece un shunt de aorta a arteria pulmonar con hiperflujo pulmonar y sobrecarga de trabajo en las cavidades izquierdas

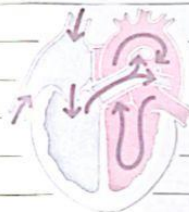
## Clinica:

- \* Signos y síntomas dependientes del tamaño
- \* Pulso arterial → Rápido y saltón
- \* Soplo continuo (maquina de Gibson) → Irradía a región infraclavicular izquierda
- \* Hipertensión pulmonar → Inversión del shunt  
↳ Cianosis diferencial



## Diagnostico:

- \* Exploración → Pulso
- \* Auscultación → Soplo en maquinaria de Gibson
- \* ECG → Sobrecarga de corazón izquierdo
- \* Rx de tórax → Pletora pulmonar,  
↳ Crecimiento de corazón izquierdo
- \* Ecocardiograma → Confirma el dx → Mediante la visualización del ductus en proyección supraesternal



## Tratamiento:

- \* DAP de los prematuros → Ibuprofeno IV  
↳ Indometacina IV
- \* Fracaso del tx medico → Cierre Rx
- \* Niños a término → Cierre percutaneo  
↳ Cirugía

