

Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Cardiopatías Congénitas en el Hospital de Quiriguá

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, por

JAVIER FRANCO IPIÑA

Ex-interno por oposición de los siguientes servicios hospitalarios: Clínica de Ginecología de la Consulta Externa; Primera Medicina de Mujeres; Segunda Cirugía de Hombres; Ex-Interno de la Maternidad del Hospital Roosevelt; Ex-Interno de la Unión Médica; Médico Interno del Hospital Infantil de Cobán, Alta Verapaz; Ex-Asistente de Médico residente por oposición del Servicio de Emergencia del Hospital General; Ex-Directivo de la Juventud Médica; Ex-Practicante del Servicio de Bienestar Estudiantil, Facultad de Ciencias Médicas; Actual Médico del Hospital de Quiriguá.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1958.

CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL HOSPITAL DE QUIRIGUA

INTRODUCCION:

El estudio de las cardiopatías congénitas ha adquirido importancia manifiesta en los últimos años ya que, con los avances de la cirugía cardiovascular es posible mejorar e incluso curar algunas de ellas.

A través de los años se han practicado infinidad de clasificaciones de las enfermedades congénitas del corazón. Algunas toman como base fundamental los datos anatómicos, otras se basan preponderantemente en su fisiopatología y finalmente algunas correlacionan los dos puntos anteriores.

Escogí la clasificación de Abbot (citada por Kaplan) que se basa en la presencia o ausencia del signo físico cianosis, por su simplicidad y porque se adapta a los casos que encontramos en el Hospital de Quiriguá, que constituyen la base del presente trabajo.

CLASIFICACION:

Defectos Congénitos Cianóticos:

- a) Tetralogía de Fallot.
- b) Estenosis Pulmonar, con comunicación interauricular (sin hiperrotación de la aorta o defecto del tabique interventricular).
- c) Complejo de Eisenmenger.
- d) Atresia Tricuspidea, con ventrículo derecho no funcio-nante.
- e) Transposición completa de los grandes vasos.
- f) Troncus Arteriosus.
- g) Enfermedad de Ebstein (desplazamiento hacia abajo de la válvula tricuspidea).
- h) Inserción anómala de las venas pulmonares.
- i) Atresia Mitral.
- j) Tipos Diversos.

Defectos Congénitos no Cianóticos:

- a) Conducto Arterioso Persistente.
- b) Defecto del tabique interauricular.
- c) Defecto del tabique interventricular.
- d) Coartación de la Aorta.
- e) Estenosis de la Pulmonar sin derivación.
- f) Estenosis sub-aórtica.
- g) Estenosis Mitral Congénita.
- h) Esclerosis sub-endocárdica (Fibroelastosis).
- i) Dextrocardia simple.

MATERIAL Y MÉTODO:

En 250 pacientes vistos en el Departamento de Cardiología del Hospital de Quiriguá, desde el 23 de Marzo de 1956 hasta el 30 de Septiembre de 1958 (dos años y medio) 157 eran cardiópatas. De estos encontramos 17 con Enfermedades Congénitas del corazón, lo que equivale al 10.82%.

De acuerdo con la clasificación de Abbot, pertenecen al grupo no cianógeno 16 (10.19%) y uno al grupo cianógeno (0.63%).

De las Primeras Encontramos:

1.—Comunicación interauricular:	8 casos.	5.09%
2.—Comunicación interventricular:	4 casos.	2.54%
3.—Persistencia del conducto arteriovenoso:	2 casos.	1.27%
4.—Coartaciones de la Aorta:	1 caso.	0.63%
5.—Dextrocardias:	1 caso.	0.63%

De las segundas, solamente observamos una que por su rareza nos llamó la atención. Se trató de un Tronco Arterioso Común (0.63%).

RESUMEN DE LOS CASOS:

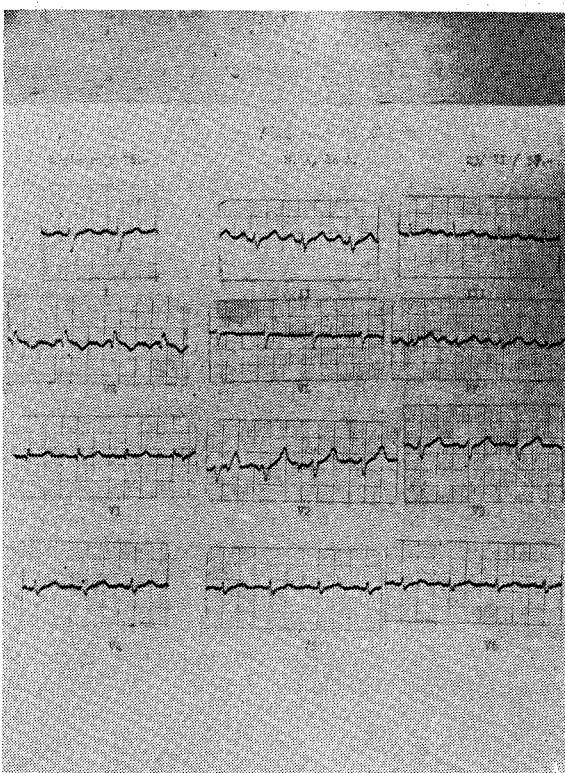
Comunicación Interauricular:

Los casos de C. I. A. se consideran seguros cuando llenan los siguientes requisitos:

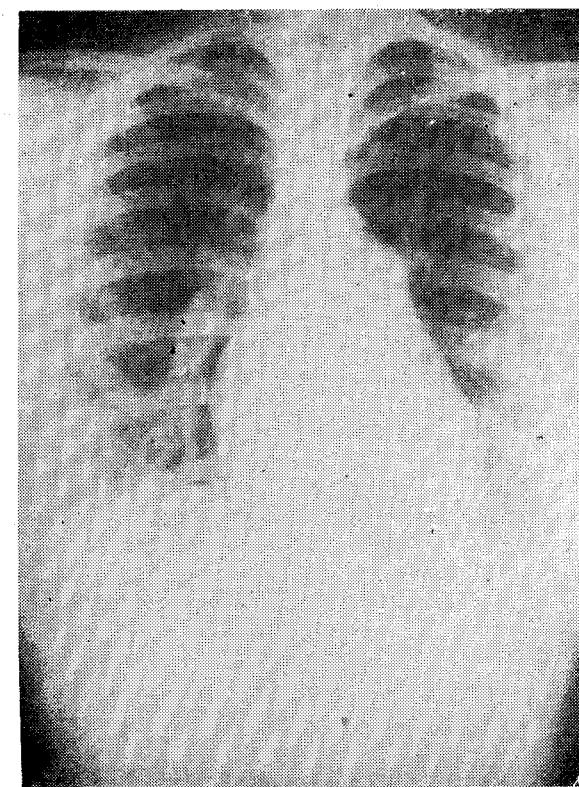
- a) Soplo sistólico audible en 2o. y 3er. espacio intercostal izquierdo junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado con o sin reforzamiento.
- b) Electrocardiograma: Bloqueo incompleto de rama derecha del has de his.
- c) Rayos X: Dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho, prominencia aórtica pequeña.

Caso No. 1. M. A. de A. Registro No. 76. 30 años, originaria de la capital y residente en Bananera desde hace dos años. Antecedentes personales: se sabe diabética desde hace 7 años. Amigdalitis frecuentes, amigdalectomizada a la edad de 17 años. Oforectomía parcial y ligadura de trompas a los 24 años. Obstétricos: G:5, P:3, A:2 uno nació muerto. Padecimiento actual: palpitaciones ocasionales. Interrogatorio por sistemas: micciones frecuentes y abundantes. Exploración física: revoluciones cardíacas ritmicas, frecuencia: 80 x minuto. Soplo sistólico audible con mayor intensidad en segundo y tercer E11. junto al esternón.

Segundo ruido reforzado y desdoblado. T.A. 100/65. E.C.G.: Hipertrofia ventricular derecha, bloqueo incompleto de rama derecha (Ver figura No. 1) R.X.: Dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho. (Ver figura No. 2).



Número 1



Número 2

Caso No. 2 E. C. Registro No. 51. 22 años, originario de Guán y residente en el Abacá. Antecedentes: Amigdalitis frecuentes. Hace 3 meses después de un ataque de amigdalitis presentó cuadro presumible de fiebre reumática. Padecimiento actual: Viene al Hospital por cuadro presumible de apendicitis, el médico tratante le encontró un soplo, la remite para evaluación cardiovascular. Refiere únicamente palpitaciones y disnea a los grandes esfuerzos que principiaron después del probable ataque reumático. Exploración física: RsCsRs con frecuencia de 68 x minuto. T. A. 135/85. Soplo sistólico grado ++ audible con mayor intensidad en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido reforzado y desdoblado. E. C. G.: BIRDHH. R.X.: ligera dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 3 R. H. V. Registro No. 62. 5 años, originario y residente en Quiriguá. Antecedentes: es tercer hijo de embarazo y parto normal. Motivo de consulta: al sufrir calquier golpe por pequeño que sea pierde el conocimiento durante un minuto, el médico le encontró un soplo y lo envía al Cardiólogo. Hace 6 meses sufrió una caída desde 6 pies de altura golpeándose el cráneo, desde entonces sufre las molestias antes citadas, fué tratado en el Hospital con el diagnóstico de Conmoción Cerebral, no hubo fractura. No padece de infecciones respiratorias frecuentes ni expistaxis. No refiere disnea ni cianosis. Exploración Física: Desarrollo físico y psíquico normal. Revoluciones cardíacas rítmicas. Frecuencia: 76 x minuto. Soplo sistólico en 2o. y 3o. E11. Junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado y ligeramente reforzado T. A. 95/40. E.C.G.: BIRDHH. R.X.: ligera dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 4 E. E. Registro No. 139. 9 años, originario y residente en Quiriguá. Enviada al Cardiólogo por haberle auscultado un soplo. Antecedentes: nació de parto normal. Interrogatorio referido al aparato cardiovascular: palpitaciones ocasionales. Exploración Física: desarrollo corporal deficiente, sin disnea ni cianosis objetiva. Soplo sistólico grado + en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado. E.C.G.: BIRDHH. R.X.: dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 5 S. A. Registro No. 166. 10 años, originario y residente en Aztec. Enviado al Cardiólogo por haberle auscultado un soplo. Antecedentes: Nació de embarazo y parto normal, infecciones respiratorias frecuentes, fatigabilidad fácil. Exploración Física: sin disnea ni cianosis objetiva. RsCsRs frecuencia 88 x minuto. Soplo sistólico grado ++ en 2o. y 3o. E11, junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado T. A. 100/40. E.C.G.: probable BIRDHH. R. X.: Dilatación ligera de la arteria pulmonar, campos pulmonares acentuación de la trama hiliar, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 6 M. E. A. Registro No. 232. 19 años, originaria de Granada, Nicaragua, residente en Bananera. Antecedentes: tiene dos hermanos con probable cardiopatía congénita. Amigdalectomizada hace 4 años. Interrogatorio referido al aparato cardiovascular: negativo. Exploración Física: desarrollo físico normal. RsCsRs frecuencia de 78 x minuto. Soplo sistólico grado ++ en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado. T. A. 120/70. E. C. G.: trazo dentro de límites normales. R. X.: Arteria pulmonar dilatada, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 7 H. H. Registro No. 238. 28 años, jornalero, originario y residente en Puerto Barrios. Interrogatorio: palpaciones en relación con los grandes esfuerzos. Exploración Física: RsCsRs frecuencia de 72 x minuto. Soplo sistólico grado + + + en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido desdoblado T.A. 130/70. E.C.G.: BIRDHH. R.X.: ligera dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares vascularizados central y periféricamente, dilatación del ventrículo derecho.

Caso No. 8 A. B. Registro No. 142. 7 años, originaria y residente en Puerto Barrios. Antecedentes: nacida de parto normal; es el tercer hijo. El primero murió al año (no refiere la madre la causa), el segundo nació muerto. Padecimiento actual: vino al hospital hace 10 días edematizada, sometida a tratamiento desapareció el edema; se fatiga con facilidad, el médico la envía a control cardiovascular. Exploración Física: paciente en decúbito dorsal sin disnea objetiva. Soplo sistólico grado + + en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado T.A. 90/60. E.C.G.: trazo dentro de límites normales. R. X.: ligera dilatación de la arteria pulmonar, campos pulmonares congestionados central y periférica, ventrículo dere-

cho: dilatado. Conclusión: 1) Descartar lesión renal. 2) C.I.A. Control: 28 de Diciembre de 1957. Se concluye: C.I.A., después de haberla trasladado a la capital para nuevo estudio. E.C.G. y R.X.

COMUNICACION INTERVENTRICULAR:

El diagnóstico se considera positivo cuando se llenan los siguientes requisitos:

- a) Soplo sistólico localizado con mayor intensidad en el 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón, con o sin thrill.
- b) E.C.G. hipertrofia biventricular.
- c) R.X. hipertrofia biventricular.

Caso No. 9. Registro No. 148. 22 años, originario y residente en Quiriguá. Se presenta a examen médico, para trabajar en la Compañía, el médico le encuentra un soplo y lo envía a examen. Negativo el interrogatorio sobre aparato cardiovascular. Exploración Física: sin disnea ni cianosis. RsCsRs frecuencia 102 x minuto. Soplo sistólico grado ++ a +++ audible con mayor intensidad en 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón. E.C.G.: dentro de límites normales T.A. 140/70. R.X.: normal. Conclusión: Probable C.I.V.

Caso No. 10. Registro No. 216. T. L. R. 18 años, originaria y residente en la finca El Pilar. Paciente enviada por el médico del Servicio quien le auscultó en una oportunidad soplo sistólico en área cardíaca. Ha presentado crisis convulsivas no determinadas. Exploración Física: pulso 80 x minuto. T.A. 130/60. Soplo sistólico grado ++ — + + + en 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón. E.C.G.: trazo dentro de límites normales. R.X.: Corazón tamaño y configuración normal. Conclusión: Probable C.I.V.

Caso No. 11. Registro No. 50. S. B. 8 años, originaria de Guatemala, residente en Bananera. Médico de la capital le encontró un soplo en el corazón y la envía para evaluación cardiovascular. Exploración Física: desarrollo físico normal, sin cianosis ni disnea objetiva, frecuencia: 93 x minuto. Soplo sistólico grado ++ a + + + en 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón T.A. 110/70. E.C.G.: dentro de límites normales. R.X.: Corazón tamaño y configuración normal. Conclusión: Probable C.I.V.

Caso No. 12. C. O. L. Registro No. 73. 20 años, originaria de Estanzuela, Zacapa, residente en Quiriguá desde hace dos años. Antecedentes: hace dos meses sufrió una caída golpeándose la región precordial, desde entonces sufre de dolor en el sitio señalado. Exploración Física: frecuencia 80 x minuto. Soplo sistólico audible con mayor intensidad en 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón T.A. 120/70. E.C.G.: hipertrofia biventricular. R.X. hipertrofia biventricular. Conclusión: C.I.V.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOVENOSO:

El diagnóstico de Persistencia del Conducto arteriovenoso se considera seguro cuando se encuentra lo siguiente:

- a) Soplo continuo, localizado en 2o. y 3er. espacio intercostal izquierdo junto al esternón.
- b) Tensión diferencial aumentada.
- c) E.C.G.: Sobrecarga diastólica del ventrículo izquierdo.
- d) R. X.: Movimiento en báscula entre pedículo y ventrículo izquierdo a la fluoroscopia.

Caso No. 15. M. U. S. Registro No. 108. 23 años, originaria de Salamá y residente en Bananera desde hace 10 años. Oficios domésticos. Padecimiento actual: disnea y palpitaciones de medianos esfuerzos, desde hace un año. Exploración Física: Revoluciones cardíacas rítmicas. Frecuencia de 86 x minuto. Soplo continuo grado ++ localizado en 2o. y 3o. E11. junto al esternón. Segundo ruido pulmonar reforzado y desdoblado T.A. 100/40-0. E.C.G.: hipertrofia del ventrículo izquierdo. R.X.: dilatación del cono de la arteria pulmonar, campos pulmonares congestionados, dilatación de aurícula y ventrículo izquierdo. Conclusión: Cardiopatía congénita acianógena tipo: persistencia del conducto arterioso.

Caso No. 16. D. S. Registro No. 162. 16 años, originario de Aráago y residente en Puerto Barrios desde hace 2 años. Padecimiento actual: se iba a operar de apendicitis pero los médicos le escucharon un soplo en la región precordial y lo enviaron al cardiólogo. Negativo el interrogatorio referido al aparato cardiovascular, salvo palpitaciones ocasionales. Exploración Física: RsCsRs 100 x minuto. Soplo sistólico grado ++ localizado en 2o., 3er. y 4o. E11. junto al esternón. Segundo ruido pulmonar desdoblado T.A. 160/80-60. E.C.G.: trazo no necesariamente

anormal puede corresponder a hipertrofia del ventrículo izquierdo. R.X.: arteria pulmonar ligeramente dilatada, campos pulmonares congestión activa, dilatación de la aurícula y ventrículo izquierdo. Conclusión: Cardiopatía Congénita aconógena tipo Persistencia del conducto aorterioso.

COARTACION DE LA AORTA:

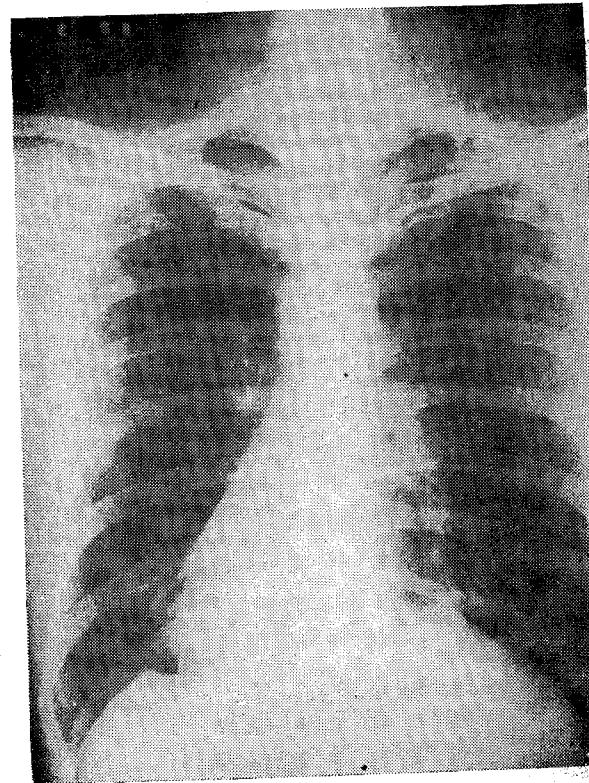
El diagnóstico se considera positivo cuando se observa:

- 1o. Hipertensión arterial en miembros superiores.
- 2o. Ausencia de pulso femoral y pedio.
- 3o. Soplo sistólico en la base.
- 4o. E.C.G.: hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- 5o. R.X.: hipertrofia del ventrículo izquierdo.

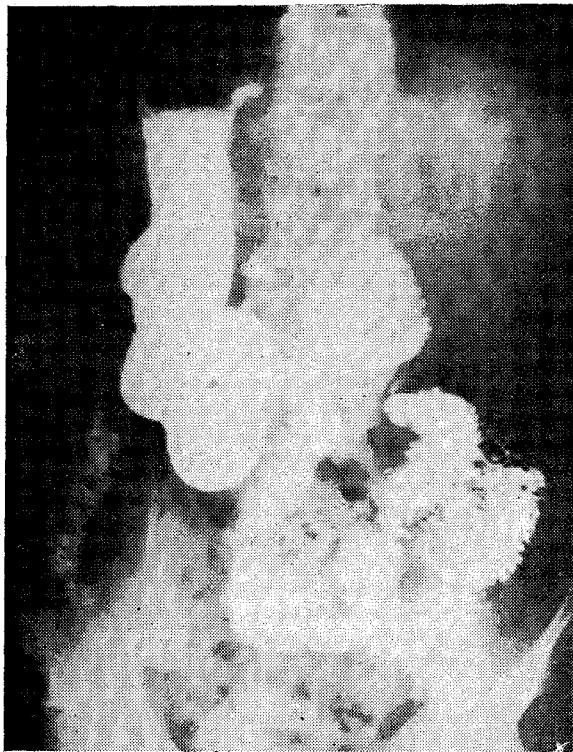
Caso No. 16. M. A. Registro No. 143. 9 años, enviada por Médico considerando que se trata de una cardiopatía congénita. La paciente se ha quejado frecuentemente de cefalea y algias pungitivas precordiales. Exploración Física: RsCsRs frecuencia de 100 x minuto. T.A.: brazo izquierdo 130/60, brazo derecho 120/60. En miembros inferiores no se escucha la presión. Ausencia del pulso, pedio y femoral. Soplo sistólico en la base. E.C.G.: Hipertrofia del ventrículo izquierdo. R.X.: dilatación marcada del ventrículo izquierdo, dilatación de la aurícula izquierda. Se observa una sombra en el vértice del pulmón izquierdo. Se hace Mantoux: resultado negativo.

DEXTROCARDIA:

Caso No. 17 A. O. Edad 38 años. Ruidos cardíacos fueron auscultados a la izquierda: normales. Hígado percibible a nivel del 5o. espacio intercostal izquierdo. E.C.G. no tiene R.X. de toráx: (Ver figura No. 3) Corazón hacia la izquierda forma y configuración normal. De abdomen: (Ver figura No. 4). Conclusión: Cardiopatía Congénita, Tipo Dextrocardia, con heterotaxia abdominal.



Número 3

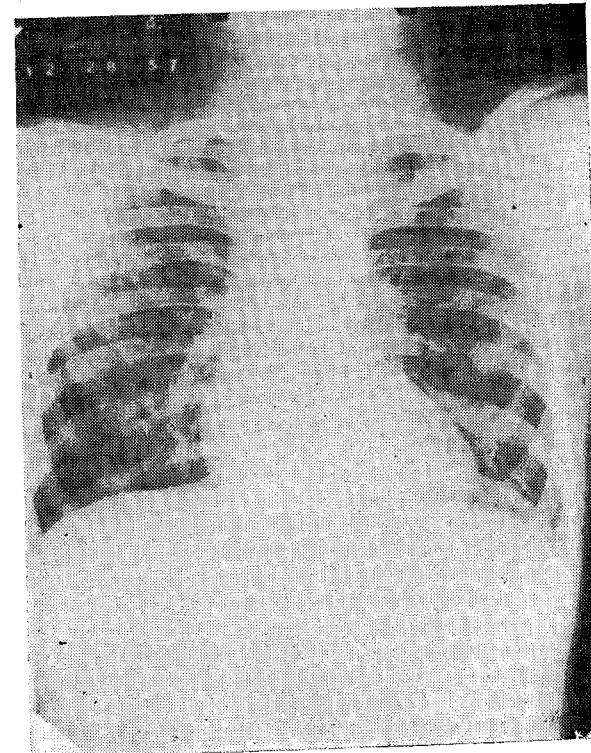


Número 4

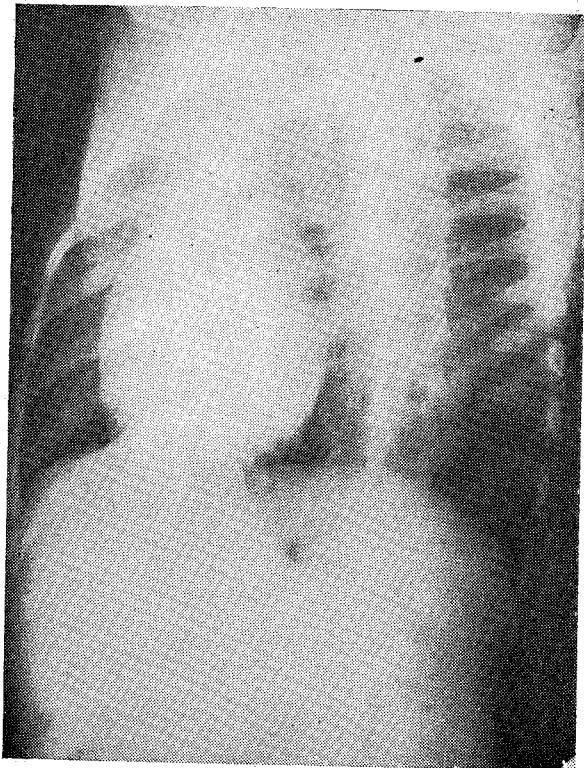
GRUPO CIANOGENO:

Troncus Arteriosus:

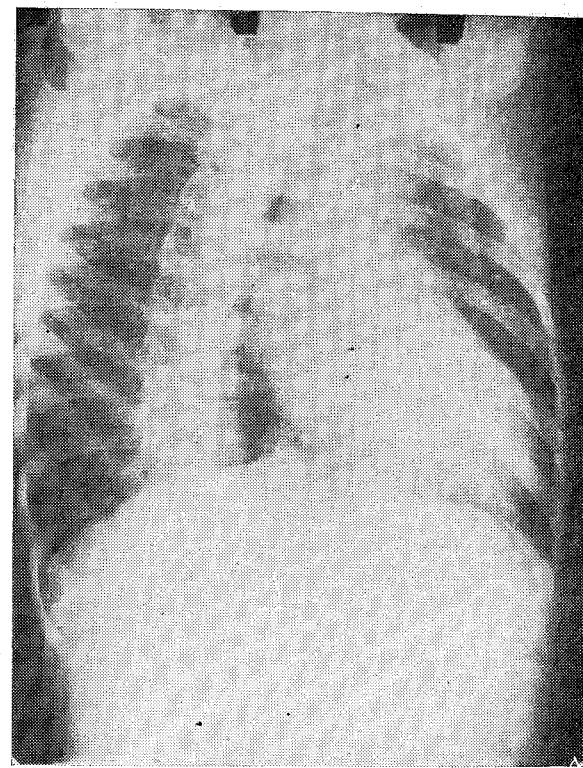
Caso No. 18. J. M. Registro No. 26. 15 años, originario y residente en Managua, Depto. de Izabal. Padecimiento actual: cianótico desde el nacimiento, poca resistencia al ejercicio físico por disnea intensa que desaparece al sentarse. Desarrollo físico retardado, psíquico aparentemente normal. Infecciones respiratorias frecuentes. En Abril de 1955 pérdida del conocimiento de 20 minutos de duración. Desde hace dos años "hin-



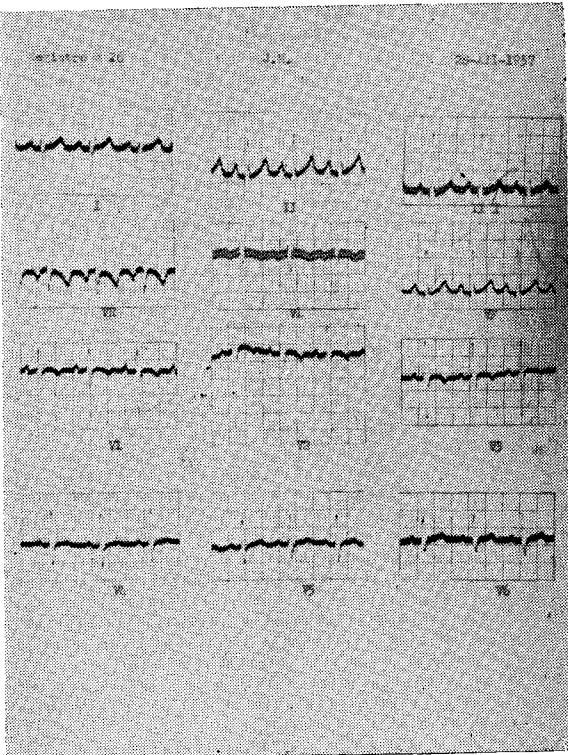
Número 5



Número 6



Número 7



Número 8

chazón" dolorosa en tobillos y rodillas. Exploración física: paciente disneico con cianosis +++ en conjuntivas oculares, labios, lengua y uñas. Dedos de las manos y de los pies en palillos de tambor. Frecuencia de 120 x minuto. Soplo sistólico: ++ a +++ audible con mayor intensidad en 3o. y 4o. espacios intercostales izquierdos, junto al esternón. Segundo ruido en focos pulmonar único. No hay hepatomegalia. Campos pulmonares libres. No hay edema en miembros inferiores. Tobillos y rodillas aumentados de tamaño, sin limitación de movimientos, discreto dolor a la movilización pasiva. R.X.: Hilios y trama pulmonar acentuada. Silueta cardíaca parecida en las 3 posiciones. Cardiomegalia ++ a expensas probablemente del ventrículo derecho (Ver figuras Nos. 5, 6 y 7: P. A. — O. A. I. — D. A. D.). E.C.G.: (Ver figura No. 8) Ritmo sinusal. Frecuencia: 130 x minuto. PR 0.12". AQRS + 120 grados QRS 0.06". Complejos RS de VI a V4. S importante en V2 y V3. S persistente hasta V6. El trazo sugiere hipertrofia del ventrículo derecho y probablemente del izquierdo. Conclusión: Cardiopatía Congénita cianógena del Tipo del Tronco Arterioso Común. Se harán investigaciones cuidadosamente para llegar al diagnóstico exacto.

COMENTARIOS:

Con el material que contamos en este trabajo no es posible hacer estadística, basta recordar que el número de enfermos es pequeño y en algunos pacientes faltan exámenes complementarios que ayudarían en definitiva al diagnóstico.

De todas maneras y aún con las limitaciones del caso, compararemos nuestros porcentajes con los obtenidos en otros lugares.

En México, Chávez encontró en 25,000 cardiópatas, 900 casos de enfermedades Congénitas del corazón lo que arrojó una incidencia de 3.6%. Nosotros en 157 casos de cardiopatías estudiadas en el Hospital de Quiriguá, observamos 17 pacientes (10.82% porcentaje mayor que la señalada por Chávez).

Las estadísticas del Instituto de Cardiología de México y del "Children's Hospital of Boston" dan a la P.C.A. el primer lugar entre las enfermedades congénitas del Corazón y con porcentajes entre el lote general de las cardiopatías de 27% para México y 17.50% para Boston. Nuestro estudio varía de lo anterior,

en efecto, la C.I.A. ocupó el primer lugar, ésta anomalía es señalada como la segunda en incidencia en las estadísticas de México y Boston.

Para nosotros la C.I.A. representó el 47% de todas las cardiopatías Congénitas; en el Instituto de Cardiología de México fué de 22% y en el Children's Hospital of Boston de 17%.

La comunicación interventricular, fué la segunda en frecuencia de las anomalías Congénitas observadas por nosotros; estudiamos 4 casos (23.5%) pero este dato está sujeto a error y es el que en definitiva falsea nuestra estadística general. De es el que en definitiva falsea nuestra estadística general. Decimos ésto porque en 3 casos el diagnóstico se hizo exclusivamente por la presencia de soplo sistólico en 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo junto al esternón, sin que nos ayudaran los datos electrocardiográficos y radiológicos que encontramos dentro de límites normales. Solamente quedaría un caso bastante seguro ya que en él, fuera de los datos auscultatorios, enseñó electrocardiográfica y radiológicamente, hipertrofia biventricular.

Los estudios que han venido ha servirnos de comparación del hospital de niños de Boston, dan a la C.I.V. el 4o. lugar entre las cardiopatías Congénitas con un 12.2%, y sitúan en 3er. lugar a la estenosis pulmonar; entre nosotros no se presentó ningún caso.

La P.C.A., cuyos porcentajes ya fueron señalados para México y Boston (27% y 17.5% respectivamente), fué observada en 2 casos (11.7%) por nosotros. Nos llamó la atención el bajo porcentaje de esta anomalía y nos hemos preguntado: ¿Será porque la mayoría de nuestros enfermos provienen de la Costa? Basta recordar que Chávez, con razón justificada, piensa que en la etiología de la P.C.A. juega papel importante la anoxia que retardaría o dificultaría el cierre del Canal. Este autor insiste en que esta cardiopatía es muy frecuente en poblaciones que se encuentran más allá de los 2,000 mts. de altura, como sucede en México y Lima. Según ésto, sería interesante conocer la incidencia de la P.C.A. en lugares como Quezaltenango, Totonicapán, Huehuetenango, etc.

Las otras cardiopatías encontradas fueron: Una Coartación de la aorta; una dextrocardia con situs inversus y un probable Tronco Arterioso Común: éste último lo sospechamos porque como puede verse en el resumen del caso, se trató de una cardiopatía Congénita Cianógena; con soplo sistólico en área car-

diaca. Segundo ruido pulmonar único. E.C.G.: indicando hipertrofia biventricular y radiografía con silueta cardíaca bastante similar en las 3 posiciones (posteroanterior y oblicuas). Estos datos nos parecen muy aceptables para diagnosticar un tronco arterioso común aún en ausencia de exámenes altamente especializados (angiociardiografía, cateterismo cardíaco, etc.).

Para finalizar señalaremos la gran ayuda que significó el hacer el diagnóstico de C.I.A., el electrocardiograma con datos de bloqueo incompleto de rama derecha del his en 6 casos (75%), uno de estos con hipertrofia del ventrículo derecho. Limón y asociados en un estudio de 50 casos de C.I.A. encontraron un 80% de B.I.R.D.H.H. y 6% con B.C.R.D.H.H.

También debemos decir que ninguno de los 2 casos de P.C.A. presentó la imagen electrocardiográfica señalada por Monroy y Cabrera de sobrecarga diastólica del ventrículo izquierdo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

- 1o.—Se hizo la clasificación de las cardiopatías congénitas adaptada: del libro de Kaplan, por su fácil aplicación a nuestros casos.
- 2o.—Se indican las enfermedades congénitas encontradas en el Departamento de Cardiología del Hospital de Quiriguá.
- 3o.—Se resumen cada uno de los casos y se indica la base de su diagnóstico.
- 4o.—Se hace comentario de cada grupo de cardiopatía Congénita.
- 5o.—Se concluye que el diagnóstico de los casos típicos de algunas Cardiopatías Congénitas, no necesita el estudio de métodos altamente especializados.
- 6o.—Que es necesario estudiar con más cuidado los pacientes cardíacos congénitos y no contentarse con referirlos al cardiólogo diciendo solamente "Encontramos un soplo", es necesario llegar más adelante para referir al cardiólogo o al cirujano, casos como persistencia del Conducto arterioso, Coartaciones de la Aorta o Tetralogía de Fallot, que ya tienen solución quirúrgica. Es a veces difícil en los departamentos, enviar a los especialistas todos aquellos a quienes se les encuentra un soplo, más fácil sería referir algunos casos pero con criterio ya formado por el médico general.
- 7o.—Propiciar el estudio de las Cardiopatías Congénitas en el país para hacer en el futuro estadísticas completas.

JAVIER FRANCO IPIÑA.

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Sotó.

Imprimase,
Dr. Ernesto Alarcón B.
 Decano.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Donzelot E., D'Allaines F.: Traite des Cardiopathies Congénitales. 1954.
- 2.—Fernández Mendía, Jorge: Ectopías Cardíacas Intratorácicas. Rev. Coleg. Med. Guat. 8: 98. 1957.
- 3.—Kaplan H. S. y Robinson S. J.: Las Cardiopatías Congénitas. 1956.
- 4.—Kjellberg et al Diagnosis of Congenital Heart Disease. 1955.
- 5.—Nadas A. S.: Pediatric Cardiology. 1957.
- 6.—Sodi Pallares D. and Marsico Federico.: The Importance of Electrocardiographic Patterns in Congenital Heart Disease. Am. Heart Jour.: 49: 202. 1955.
- 7.—Soouliel P.: Cardiopathies Congénitales. 1956.
- 8.—Toriello, Julio.: Examen Radiológico Simple en las Cardiopatías Congénitas. Rev. Coleg. Med. Guat.: 9: 162. 1958.
- 9.—White, P. D.: Enfermedades del Corazón.