

**Universidad del Sureste  
Licenciatura en Medicina Humana**

**César Samuel Morales Ordóñez.**

**Dr. Romeo Suárez Martínez.**

**“CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS”.**

**CARDIOLOGÍA.**

**Grado: 5**

**Grupo: “A”**

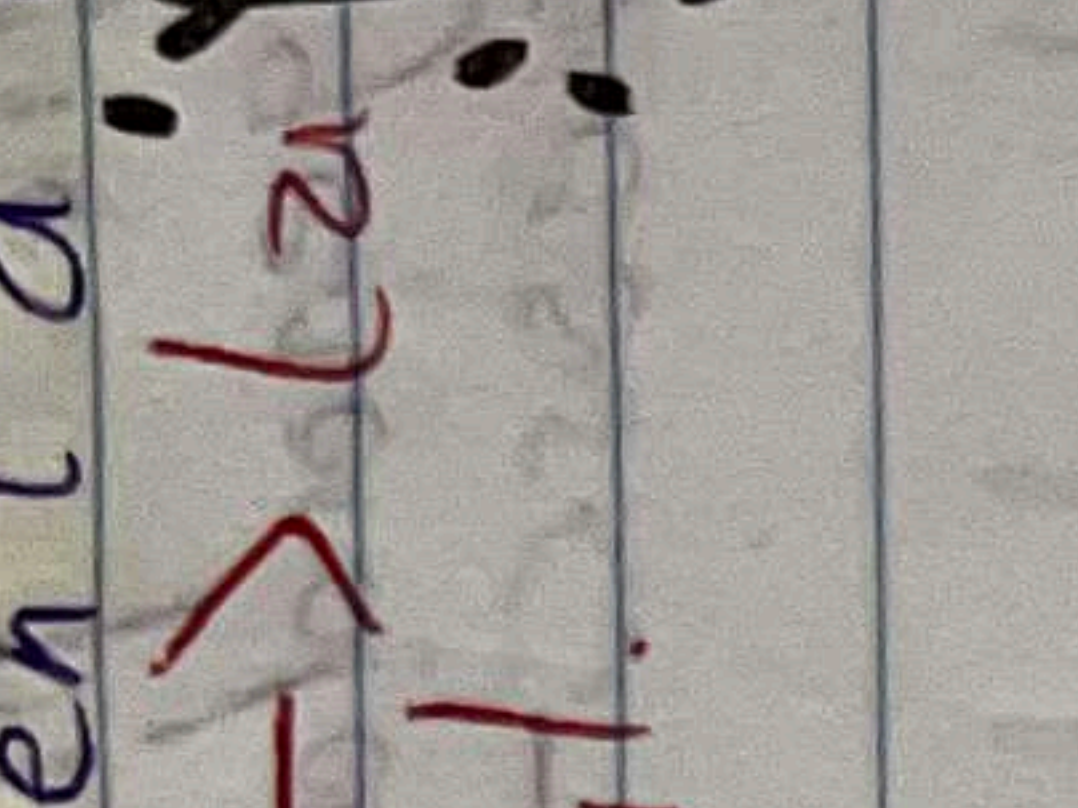
**PASIÓN POR EDUCAR**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Diciembre del 2024

# "CIRCULACIÓN FETAL"

excelente

\* Sangre Placentaria (Placenta) presenta una SatO<sub>2</sub> de aproximadamente 80%. → La sangre Regresa al feto por la Vena Umbilical.



## "HÍGADO"

① Conducto Venoso (Lleva la Sangre hacia la VCI)

- Así se evita que Todo el Flujo Sanguíneo quede a Nivel Hepático.

② Un Volumen menor ingresará a los Sinusoides Hepáticos y se mezclan con la Sangre de la Circulación Parcial.

"Mecanismo de Esfínter en el Conducto Venoso".

- Sifio de drenaje de la Vena Umbilical por los Sinusoides Hepáticos.

→ Regula el flujo de la Sangre Umbilical por los Sinusoides Hepáticos.

- El esfínter se "Cierra" cuando la **Contracción Uterina** incrementa en gran medida el retorno Venoso; lo que impide la sobrecarga Súbita del Corazón.

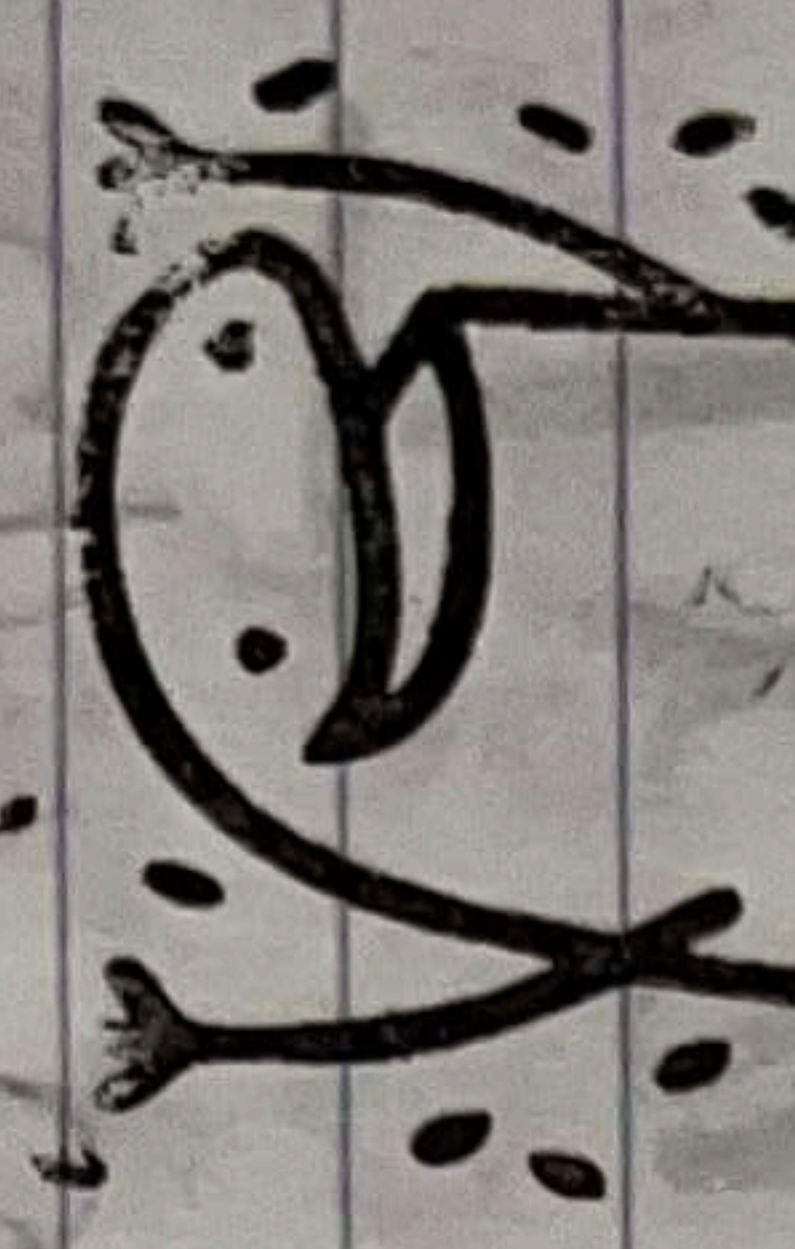
# "Comunicación Inter ventricular."

"Epidemiología".

"Cardiopatía Congénita Más frecuente"

- defecto del Cierre del Tubique que separa los Ventriculos, en general en la Membrana. **PERCUTANEA**

## "Fisiopatología."



- En los Orificios pequeños no Existen muchas datos patológicos y un porcentaje alto Cierre espontáneamente en el primer año de Vida.

- CIU Grandes. el Shunt I → D Origena Hiper aflujo Pulmónar.

## "Clínica y Diagnóstico."

- CIU pequeñas son asintomáticas  
- CIU Grandes suelen producir Insuficiencia Cardíaca en los primeros Meses de Vida.

"Auscultación."

- soplo parastótico parasternal Izq. Aspero y fuerte (más Notable en defectos pequeños) el cual tiende a desaparecer con la inversión del "SHUNT".

• E.C.G.: Sobrecarga de Ambos Ventriculos y de la A.Izq.

• Radiografía de Tórax: Cardiomegalia + plétora Pulmónar.

# "Comunicación Interauricular"

Cardiopatía Congénita aciónótica con cortocircuito

- Presencia de un defecto de cierre en la pared que separa las Aurículas (No Foramen Oval permeable). La cual es otra Variante.

## Clasificación de la CIA según la Localización del defecto Septal.

① Ostium Secundum: El 90% de los casos se encuentra situado en la Zona Central del Tabique interauricular (Fosa Oval).

② Ostium Primum: Comúnmente en el Síndrome de Down. Situada en la pared Baja del Tabique Izq; Cercano a las Válvulas A.V. Puede Asociar una Hendidura en la Válvula Mitral anterior (CLEFT que condiciona insuficiencia Mitral. La forma más grave es el Canal A.V. Común producida por un defecto en los Cordones Endocárdicos, la cual Asocia CIA; CIV y una Válvula A.V. Común. Puede cursar con insuficiencia Cardíaca en los primeros Meses de Vida.

③ Seno Venoso: Localizado en la parte más alta del seno; Cerca a la desembocadura de la VCS; puede Asociar a una alteración de la desembocadura de las Venas pulmonares (devechos) de Venoso Pulmonar anómalo.

EXCELENTE

César Samuel Morales Ordóñez. 5: "A" Miércoles  
04 / Dic / 2024.

# "ESTENOSIS AÓRTICA CONGÉNITA".

Dr. Romeo Suárez  
Martínez. / Cardiología.

- Desarrollo anómalo de la Válvula.  
(Causa más frecuente de estenosis  
aórtica).

- Tiene incidencia 5 de  
Cada 10.000 en R.N.

- Afecta 4 veces más a  
Hombres que a Mujeres.

- 20% de pacientes Padece  
una anomalía adicional.  
(Coartación Aórtica).

- Las Válvulas Aórticas  
Bicúspides son Habituales  
se dan entre el 2-4%  
de la población total.

- Mayor prevalencia en  
R.N. que hayan oído  
Pre-Término.

- Algunos desarrollan Hipertrofia del  
V. Izquierdo.

# EPI DEMI TOLOGIA

# "Ductus Arterioso Persistente"

- Ausencia de Obliteración del ductus Arterioso en el recién Nacido; persistiendo un Conducto que une la Aorta; distal a la subclavija Izquierda; con la arteria Pulmonar.

① En Condiciones Normales, esta Comunicación debe cerrarse en las primeras horas tras el nacimiento para dar lugar al Ligamento Arterioso hacia el primer mes de vida.

② Son Factores de Riesgo de DAP - la

- prematuridad
- Infección Materna por Rubéola.

## "Fisiopatología"

- Formas más leves suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros años de vida (primeros meses).
- el resto de casos; se Originan un Cortacircuito Izq. → Derecha, desde la Aorta hasta la Arteria Pulmonar que ocasiona Hiperaplusia Pulmonar y sobrecarga de Volumen de las Cavidades Izquierdas.

### ¡Para Recordar!

- Un Paciente con DAP no se fija y desarrolla con el tiempo el Síndrome de Eisenmenger, la Cianosis sólo afectara al Tronco y a las Piernas; ya que el Shunt (derecha - Izq) se localizará en nivel de la Aorta; más allá de los Troncos supraórticos (Cabeza, y Brazos conrosados; Tronco y Piernas Cianóticos).

# "Coartación de la Aorta"

- Estrechamiento diferenciado de la luz de la Aorta

## "Epidemiología"

① Tasa de incidencia 1 de cada 6.000 RN Vivos.

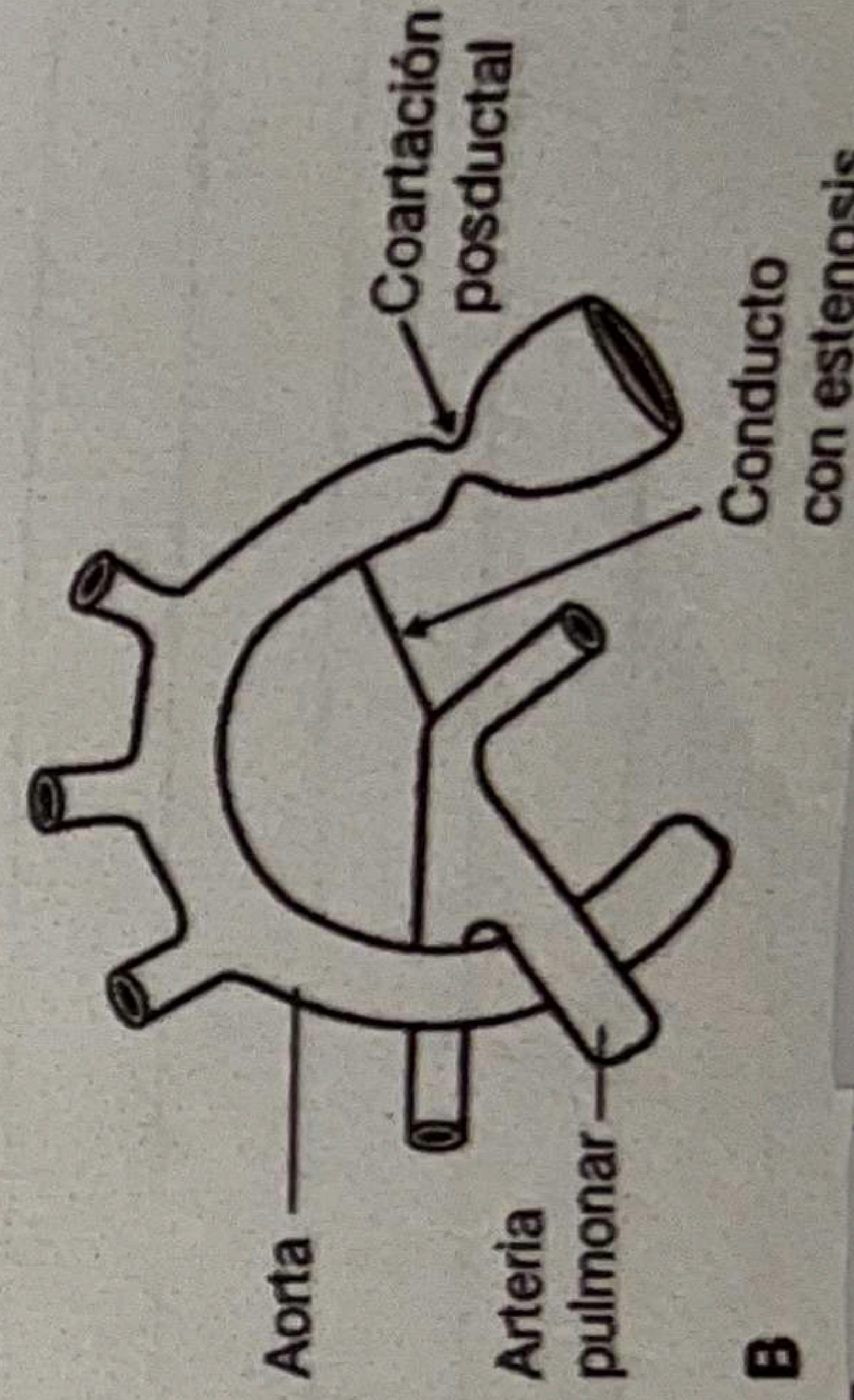
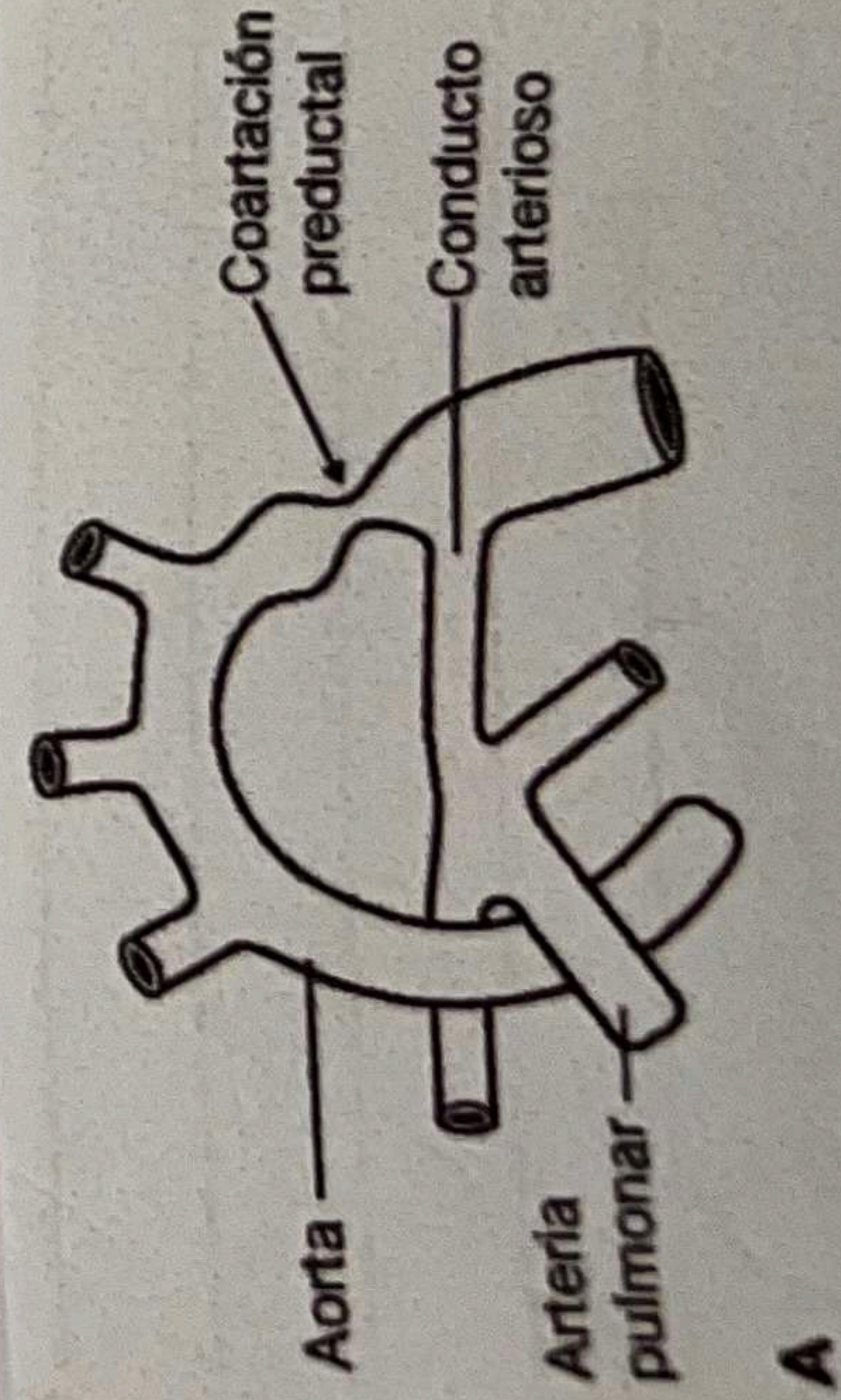
② > Prevalencia en pacientes con síndrome de Turner.

\* Estrechamiento Aórtico en relación al conducto Arterial: 2%.

\* Posductual: 98%.

"Coartación Preductual" el estrechamiento se sitúa en la zona proximal del conducto. - se produce durante la vida fetal con una anomalía intracardíaca y disminuye el flujo sanguíneo a través del lado derecho del corazón.

"Coartación Postductual": consecuencia de la extensión del Tejido del conducto Muscular de la Aorta durante la vida fetal.



César Samuel Morales Orellana 5:Am  
Dr. Romeo Suárez Martínez Orellana

# "TETRALOGÍA DE FALLOT"

## LESIÓN CIANÓTICA.

- Resultado de una sola anomalía del desarrollo: un desplazamiento anterior y cefálico anómalo de la zona infundibular del Tabique Interventricular  
- Como consecuencia surgen 4 anomalías que se caracterizan en este trastorno:

① Comunicación Interventricular: (provocada por una mala delineación del Tabique interventricular).

② Estenosis Pulmonar: (subular debido a la obstrucción por el Tabique infundibular)

③ Cabalgamiento de la Aorta. (Recibe Sangre de Ambos Ventriculos)

④ Hipertrofia Ventricular Derecha. (Provocada por la Elevada Carga de presión del V.D por la Estenosis Pulmonar).

\* La T.D.F. es la forma más frecuente de Cardiopatía Congénita Cianótica después de la infancia.

## EPIDEMIOLOGÍA.

- Prevalencia 5:10.000 recién Nacidos. Vivos.
- Un 26% se Asocian a otras Anomalías Cardíacas (Cegado Aortico del lado derecho) y 10% C.I.A.
- Microsupresión del cromosoma 22 (22q11)



César Samuel Morales Ordóñez 5 - "A"  
Dr. Romeo Suárez Martínez Cardiología.

# ● "TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS"

• Cada uno de los Grandes Vasos surge de forma inapropiada desde el Ventrículo opuesto.

- Aorta Nace del VD
- Arteria pulmonar del V.Izq.

## "EPIDEMIOLOGÍA"

- 1) 7% de las Cardiopatías Congénitas.
- 2) Incidencia 40 : 10.000 Recién Nacidos Vivos.
- 3) TGV Causa más frecuente de cirosis en el período Neonatal.

## ETIOLOGÍA

- 1) problema subyacente (defecto del Tabique Aortopulmonar para girar en sentido espiral con Normalidad durante el desarrollo fetal.
- 2) Resultado del desarrollo anómalo de los infundíbulos subpulmonar y subaórtico durante la división del Tronco Arterioso

## "FISIOPATOLOGÍA"

- 1) La sangre No oxigenada del sistema Venoso sistémico a través el V.D. y vuelve a la