



José Carlos Cruz Camacho.

Dr. Romeo Suarez Martínez

Reportes de Lectura.

Cardiología.

Quinto "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Diciembre del 2024

Circulación fetal

José Carlos
en canchero
8 to A

Antes del nacimiento la Sangre de la placenta, con una Saturación de Oxígeno aproximada de 80% regresa al feto por la vena umbilical. Al aproximarse al hígado, la mayor parte de esta Sangre pasa del conducto venoso a la vena cava inferior evitando que el flujo sanguíneo se quede a nivel hepático. Un vol. menor ingresa a los sinusoides hepáticos y se mezcla con la circulación portal (Mecanismo de esfínter en el conducto venoso) este esfínter se cierra cuando la contracción uterina ↑ el retorno venoso, impidiendo la sobrecarga súbita del



La Sangre placentaria se mezcla con la Sangre desoxigenada que regresa de las extremidades inferiores ingresa a la AD después siendo dirigida al foramen oval por la válvula de la vena cava inferior, la mayor parte de la Sangre entra directamente en la AI

La Cartila divide el borde inferior de septum evita el ingreso de un volumen escaso de Sangre obligando a permanecer en la AD → se mezcla Sangre desaturada que regresa de la cabeza y los brazos por la vena cava superior proveniente de los Pulmores la Sangre entra a la V1 y aorta ascendente. **excelente**



Cardiopatías Congénitas (Generalidades).

Es más frecuente en la población general a cualquier edad es la válvula aórtica bicúspide. La segunda cardiopatía congénita más frecuente es la CIV en neonatos mientras que en el adulto es la CIA



La Clínica

Se va a diferenciar clínicamente por la función de la dirección del flujo sanguíneo entre las cavidades cardíacas.

de I a D → hiperflujo pulmonar (Infecciones pulmonares).

l. cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar ↑ 2do Ruido.

Cianosis (Sx de Eisenmenger)

Cardiopatía de D a I

hipoflujo pulmonar, hipoxia crónica (crisis hipoxémicas) y cianosis esta se va a originar secundariamente a una policitemia riesgo de trombosis.

Cardiopatías Congénitas acianóticas con cortocircuito I-D

Defecto de cierre en la pared que separa las (A)
Asociada a ICTUS por embolias paradójicas

Clasificación de CIA Localización del defecto septal.

- Ostium secundum 90% de los casos zona central del tabique (foram C).
- Ostium primum: típica, Sx de down, pared baja del tabique interauricular, cerca de las V, AV
- Seno venoso: localizado en la pared más alta del septo cerca de la desembocadura de las VP derechas. y VCS

José Cevallos
en español.

Comunicación Interventricular

La CIV es la presencia de un defecto en el Septo Interventricular. Permite la comunicación entre ambos ventrículos (este defecto puede ser único o múltiple). El Septo Interventricular consta de cuatro compartimentos (Membranoso, el de entrada, trabeculado, Infundibular).

Los defectos más frecuentes son los del septo membranoso y no es raro que presenten cierta extensión hacia regiones adyacentes (CIV Perimembranosa) (CIV muscular) (Infundibular - Frecuentes).



Fisiopatología y Clínica

Shunt I-D de alta presión origina hiperflujo pulmonar. Las CIV pequeñas pueden presentar únicamente un soplo que es pansistólico y rudo o áspero, de alta frecuencia, auscultándose mejor en la región paracostal izquierda cuando disminuye la resistencia pulmonar.

En las CIV grandes puede existir insuficiencia cardíaca desde la primera infancia. El soplo puede ser muy llamativo en el CIV pequeñas puede desaparecer con el desarrollo del síndrome

Eisenmenger. Los defectos grandes suelen producir un soplo menos llamativo.

Nota: El soplo de la CIV es rudo y pansistólico en región paracostal izquierda.

Jasó como un
cuncho
57 y 1/2

Ductus arterioso persistente

El DAP es la resistencia de una comunicación entre la aorta y la arteria pulmonar que está presente en la vida fetal y que habitualmente se cierra en las primeras 10 a 15 h tras el nacimiento, en niños Prematuros puede permanecer abierto por periodos prolongados. Más frecuentes en (Niñas)
Asociada a la infección materna por rubéola

Fisiopatología

Se establece un shunt de aorta a arteria pulmonar con hiperaplujio Pulmonar y sobrecarga de trabajo de las Cavidades izquierdas.

Clínica.

Depende del tamaño, el pulso arterial es rápido y saltón y se auscultan un soplo continuo, en foco Pulmonar que se irradia a la región infraclavicular izquierda. En los pacientes que desarrollan hipertensión Pulmonar puede aparecer la inversión del shunt y cianosis en la parte inferior del cuerpo. (Cianosis diferencial).

- Diagnóstico

- ECG: Sobrecarga de las cavidades izquierdas

- Rx-tórax: Plétora Pulmonar y cardio megalia (c.i.)

- Ecocardiografía:

- RM

- TAC.

} Confirman el Diagnóstico.

Coartación De la Aorta

Es un estrechamiento diferenciado de la luz de la aorta

Incidencia: 1 de cada 6.000 recién nacidos vivos
y normalmente se da en pacientes con Síndrome Turner

Hay dos tipos de Coartación de la aorta. Esto dependerá de la ubicación del estrechamiento aórtico en relación con el conducto arterial

- Preductal (2%) → zona proximal → vida fetal (Anomalia Intra cardíaca).
- Postductal (98%) → consecuencia de la extensión del tejido del conducto muscular. El tejido se contrae en la vida fetal. Después del nacimiento.

Fisiopatología:

El VI ↑ de la carga de presión, la irrigación en las extremidades superiores y cabeza se mantiene intacta por que los vasos que se encargan de irrigar a esta zona normalmente salen de la aorta proximal.

Mientras que en las extremidades inferiores es TODO lo contrario (Aorta descendente).

- 1) Desarrollo de hipertrofia VI
- 2) Dikatación de los vasos S.