



**Nombre del alumno: Luis Fernando
Ruiz Pérez**

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

Nombre del trabajo: Cardiología

Materia: Cardiología

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Quinto Semestre

Grupo: C

Circulación fetal

línea vital

- Durante vida fetal → Sangre oxigenada sale placenta → medio Vena umbilical
- Parte de la sangre → deriva conducto venoso fetal → avanza directo al vena cava inferior (vci)
- Resto de sangre → pasa vena porta → vci a través v. hepática



NOTA: Tensión oxígeno (vci)

Tensión baja de oxígeno → regresa v. sistémica / aurícula derecha

Sangre vci → entra aurícula derecha → llega A. derecho

inferior del septum secundum → favorece → derivación intracardiaca (bien oxigenada.)
Mediante orificio oval

Sangre poco oxigenada se mezcla con la derivada → Regresa a la A. Izq. → mediante v. pulmonares fetales

Desde A. Izq.

↳ Sangre circula v. Izq. → Bombea a la aorta ascendente

Sangre oxigenada distribuye

- 9%: arteria coronaria e irriga miocardio
- 62%: se desplaza carótida y vasos subclavios parte superior del cuerpo y cabeza
- 29%: resto del cuerpo fetal mediante aorta descendente

Cardiopatía congénita

Puede producirse síntomas desde el nacimiento, niñez o edad adulta

Feto se beneficia de la derivación a través conducto arterial y orificio oval evita anomalías pero desoves del nacimiento provoca manifestación de cardiopatías congénitas

Clasificación cardiopatía

- Cianóticas → coloración azulada (cianosis) piel y membrana mucosa (↑ concentración en sangre de hemoglobina desoxigenada)

Anomalías

Se debe → Sangre poco oxigenada del lado derecho del corazón **se deriva** lado izq. evita el paso por los pulmones.

- Acianóticas **comprender** Estenosis intracardiaca
- Insuficiencia valvular y anomalías **Provoca derivación** → sangre de izq. a der.

Grandes derivación de izq. a der. en aurícula, ventrículo o grandes vasos **Provoca**

↑ presión arterial pulmonar **generar** hipertrofia arterial pulmonar

💡 con el tiempo provoca resistencia pulmonar **provoca** un flujo de der. a izq.

casos graves de izq. a der. crónica → provoca → Síndrome de Eisenmenger

excelente



¿Qué es? Comunicación interventricular (CIV)

abertura anormal del tabique interventricular

Se Localiza: zona membranosa

• zona muscular

• muy poca debajo de la valvula aórtica o zonas adyacente a la valvula AV.

Fisiopatología

Depende del tamaño CIV y resistencia del sistema vascular pulmonar y sistémico

Tras el nacimiento se decae la resistencia vascular pulmonar pero aumenta la derivación de IZq. a derecha a través de la anomalía.

Síntomas

- Asintomático
- Insuficiencia cardíaca
- Infecciones de la vía respiratoria bajas
- Disnea
- Cianosis



Exploración física

soplo holosistólico → ausculta borde IZq. del esternón
soplo mediastínico (debido al ↑ flujo a través de la valvula mitral).

excelente

Ruido en el cierre de la valvula pulmonar



Diagnóstico

- Radiografía torácica
- ECG (observar aumento del tamaño de la aurícula IZq. y der.)
- Ecocardiografía (con Doppler) (observar localización)

¿Qué es? conducto arterial persistente

Es el vaso que conecta la arteria pulmonar izq. con la aorta descendente durante la vida fetal

Factor de riesgo

- Infección materna por rubeola (1 trimestre)
- Prematuridad
- Nacimiento en altitudes elevadas.

Fisiopatología

CAP forma cuando el conducto no cierra adecuadamente después del nacimiento

Provoca derivación persistente en aorta descendente y arteria pulmonar

Dependerá de longitud del conducto

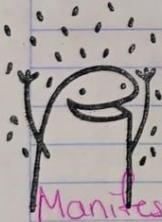
También depende de la resistencia vascular sistémica y pulmonar. cuando son elevadas la sangre se desvía al pulmón inmaduro hasta la aorta.

Después del nacimiento decrece → la sangre fluye de aorta a circulación pulmonar.

causa sobrecarga de volumen

Genera Dilatación ventrículo izq. y una insuficiencia cardíaca izq.

excelente



Manifestación clínica

Asintomáticas

Taquicardia

Alimentación deficiente

Infecciones recurrente vía respiratoria bajas

Fatiga, disnea, palpitaciones