

**¿En qué momento
se desestabilizan
las principales cardiopatías
congénitas?:
“Crónica de una insuficiencia
cardíaca anunciada.”**



Ismael Martín de Lara
Cardiología Pediátrica



Respecto a esta conferencia

**¿En qué momento se desestabilizan las principales cardiopatías congénitas?:
“Crónica de una insuficiencia cardiaca
anunciada”**

No hay potenciales conflictos de intereses que declarar



Introducción



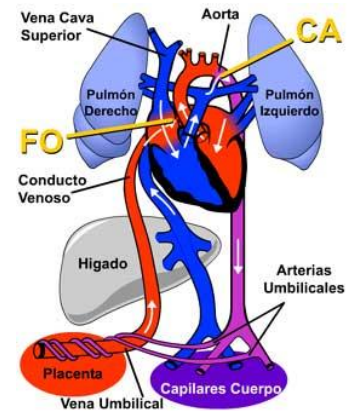
- Recién nacido cardiópata estable ¿hasta cuando estará estable?...¿lo trasladamos?, ¿lo ingresamos en Unidad Neonatal?, ¿le damos el alta?, si le damos el alta a domicilio... ¿cuándo lo revisamos en consulta?
- Si disponemos de diagnóstico prenatal, ¿cuándo existe indicación de trasladar a la gestante a un centro con cirugía cardíaca de congénitas y hemodinámica pediátrica?



Factores determinantes

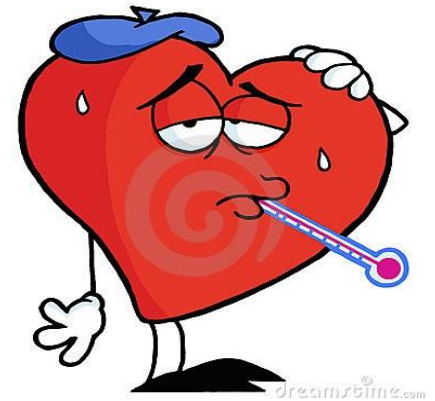
El momento de presentación y la clínica dependen de 3 factores determinantes:

1. La naturaleza y gravedad del defecto anatómico.
2. Los efectos intrauterinos de la lesión estructural.
3. Las alteraciones de la fisiología cardiovascular secundarias a los efectos de la circulación transicional:
 - CIERRE DEL DUCTUS
 - DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR



Formas de presentación

- Contraste entre la gran heterogeneidad de las variantes anatómicas de las cardiopatías congénitas y la homogeneidad de sus presentaciones clínicas.
- Presentaciones posibles:
 - CIANOSIS
 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
 - SOPLO CARDIACO ASINTOMÁTICO
 - ARRITMIA





CIANOSIS

- “El cianótico no es insuficiente y el insuficiente no es cianótico”
- No todo recién nacido cianótico es cardiópata:
Patología pulmonar implica cortocircuito intrapulmonar derecha a izquierda (neumonía, enfermedad de membrana hialina, compresión extrínseca de los pulmones como en la hernia diafragmática, etc)
- La cianosis debida a cardiopatía congénita puede darse también en situaciones con flujo sanguíneo pulmonar normal o aumentado debido a mezcla intracardiaca del retorno venoso (retorno venoso pulmonar anómalo total sin obstrucción)



CIANOSIS



- Disminución del flujo sanguíneo pulmonar y cortocircuito intracardíaco D-I
- Cianosis desde la hora “0”:
Transposición de grandes vasos (D-TGA)
- Cianosis diferida:
Fallot rosado (cianosis ausente o solo intermitente durante meses)



Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

- Se debe a sobrecarga de volumen o sobrecarga de presión.
- Diagnóstico clínico.
- Clínica debida a los mecanismos compensadores del desequilibrio.
- Lo más precoz: Taquipnea, taquicardia, aumento de esfuerzo respiratorio...y un poco después...estertores, hepatomegalia, retraso de relleno capilar...diaforesis, dificultades en la alimentación, fallo de medro.



Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)

- ICC desde el nacimiento y en forma de colapso cardiorrespiratorio (shock cardiogénico):
 - Ventrículo izquierdo hipoplásico
 - Valvulopatía aórtica crítica
 - Taquiarritmia sostenida intraútero
- Entre la segunda y la tercera semana de vida:
 - Coartación aórtica: cierre ductal
- Entre la 4ª y la 6ª semana de vida:
 - Comunicación interventricular y ductus malformativo: disminución de **resistencias pulmonares**





Soplo cardíaco



- El 60% de los recién nacidos tienen soplos funcionales y transitorios en las primeras 2 semanas de vida:
 - Insuficiencia tricuspídea transitoria: resistencias pulmonares elevadas.
 - Ductus transicional.
- Soplo inocente del recién nacido y lactante pequeño:
 - Soplo de aceleración de flujo en ramas pulmonares...aparece a los 20 días (disminución de resistencias pulmonares) y desaparece a los 2-3 meses.



Soplo cardíaco

La intensidad de los soplos no se correlaciona con la gravedad de la cardiopatía.

“Las cardiopatías más graves no soplan”



SOPLO CARDIACO

- Soplo orgánico poco después del nacimiento:

Estenosis valvulares (sistólicos eyectivos)

Insuficiencias valvulares AV (sistólicos regurgitantes)

- Soplo orgánico que va aumentando en intensidad o no se ausculta hasta segunda semana de vida: (Disminución de resistencias pulmonares)

Comunicación interventricular

Ductus arterioso persistente



Conclusiones

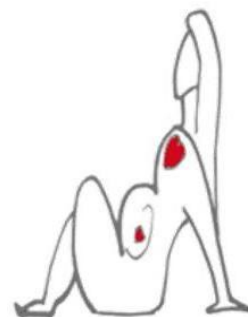


- **Se debe potenciar el diagnóstico prenatal. La mayor precocidad de éste permite tomar decisiones, “ir por delante” (tratamiento intraútero de arritmias, intervencionismo fetal...)**



Conclusiones

- **Se debe trasladar a la gestante a Centro con cirugía de cardiopatías congénitas y sala de Hemodinámica Pediátrica ante la sospecha de que el feto cardiópata pueda necesitar intervención neonatal, especialmente indicado en patología obstructiva izquierda severa o cardiopatías cianosantes precoces como la D-TGA.**



Conclusiones



- Los neonatos con cortocircuitos I-D amplios (CIV, ductus) “se pueden ir a casa” con cita en la tercera-cuarta semana de vida. Debutan con ICC entre la 4^a y 6^a semana.
- Los neonatos con coartación de aorta “no se pueden ir a casa” hasta que no se compruebe el cierre funcional del ductus. Solo cuando el ductus se ha cerrado se puede afirmar que la coartación no es severa pudiendo irse de alta con cita en 2-3 meses. Si la coartación es severa, traslado; la ICC de la coartación severa suele ser al inicio de la tercera semana de vida, pudiendo debutar con shock cardiogénico.



Conclusiones

- **Los Fallot rosados “pueden irse a casa” tras comprobarse la estabilidad clínica y hemodinámica y el cierre funcional del ductus, con cita en 3-4 semanas y tratamiento médico betabloqueante para prevención de los espasmos infundibulares. Los Fallot severos con cianosis se deben trasladar al igual que cualquier cardiopatía cianosante neonatal.**
- **Las valvulopatías críticas se deben trasladar; las moderadas “pueden irse a casa” con cita en 3-4 semanas; el gradiente de la valvulopatía pulmonar no se estabiliza hasta la 4^a-6^a semana de vida.**



Conclusiones

- **Las comunicaciones interauriculares de cualquier tamaño “pueden irse a casa” con cita en 6 meses ya que NO hacen ICC.**
- **Las valvulopatías leves se quedan en leves, son las moderadas las que progresan a severas.**
- **La intensidad de los soplos no se correlaciona con la gravedad de la cardiopatía.**
- **El soplo muy precoz puede ser transicional o eyectivo. El soplo diferido es de cortocircuito I-D (Ductus , CIV). Las CIAS no tienen soplo en foco pulmonar hasta la 4^a-6^a semana. Los forámenes ovaes NO SOPLAN NUNCA.**



