“Crónica de una insuficiencia cardíaca anunciada.”

Sesión Docente Residentes
16 de junio de 2025

Ismael Martín de Lara
Cardiología Pediátrica

Servicio de Pediatría
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Indice

1. Introducción: preguntas a responder

2. Debut clínico de las Cardiopatías Congénitas (CC) (cuándo y cómo)
   2.1 Factores determinantes
   2.2 Formas de presentación

3. Respuestas y Conclusiones

Servicio de Pediatría
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Introducción: preguntas a responder

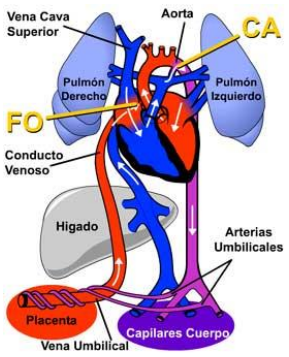
- Recién nacido cardiópata estable ¿hasta cuando estará estable?…¿lo trasladamos?, ¿lo ingresamos en Unidad Neonatal?, ¿le damos el alta?, si le damos el alta a domicilio… ¿cuándo lo revisamos en consulta?

- Si disponemos de diagnóstico prenatal, ¿puede nacer el bebé en nuestro Centro? ó…¿debemos trasladar a la mamá?

Debut clínico: factores determinantes

El momento de presentación (cuándo) y la clínica (cómo) dependen de 3 factores determinantes:

1. Las características y grado de complejidad del defecto anatómico.
2. Las consecuencias hemodinámicas intrauterinas de la lesión estructural (Ej: estenosis aórtica-VI hipoplásico)
3. Los cambios hemodinámicos postnatales (transición de la circulación fetal a la neonatal)



- CIERRE DEL DUCTUS
- DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR
- Disminución o cierre del foramen oval

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

- Situación más frecuente: disminución del flujo sanguíneo pulmonar y cortocircuito intracardíaco D-I. Tetralogía de Fallot (la cianosante más frecuente, 3-4 de cada 10.000 RN vivos,)

- Cianosis desde la hora “0”:
  - Transposición de grandes vasos (D-TGA) (2 de cada 10.000 RN vivos)
  - Fallot severo

- 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, distrés respiratorio…y un poco después…estertores húmedos, hepatomegalia, retraso de relleno capilar…diaforesis (adrenergia), 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 severa: **cierre ductal**

- Entre la 4ª y la 6ª semana de vida:
  Comunicación interventricular amplia 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 tricuspidea 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) 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”

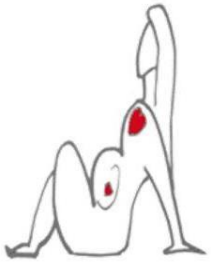
SOPLO CARDIACO

- Soplo orgánico poco después del nacimiento:

  Estenosis valvular aórtica (sistólicos eyectivos, ”proto” y de baja frecuencia)
  Insuficiencias valvulares AV (sistólicos regurgitantes, ”meso” o ”telesistólicos” y de alta frecuencia)

- 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
  Estenosis valvular pulmonar



Respuestas y Conclusiones

- Se debe potenciar el diagnóstico prenatal. La mayor precocidad de éste permite tomar decisiones, "ir por delante" (tratamiento intraútero de arritmias, intervencionismo fetal…)
- 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 o el Fallot severo (hipoplasia de tronco pumonar y ramas)

Respuestas y 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 4ª y 6ª semana.

- Los neonatos con coartación de aorta “no se pueden ir a casa” hasta que no se compruebe el cierre 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.

Respuestas y Conclusiones

- Los Fallot rosados "pueden irse a casa" tras comprobarse la estabilidad clínica y hemodinámica y el cierre 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 4ª-6ª semana de vida con el descenso definitivo de las resistencias pulmonares. El gradiente de la valvulopatía aórtica moderada puede progresar rápido a grave

Respuestas y Conclusiones

- Las valvulopatías leves se quedan en leves, son las moderadas las que progresan a severas.
- Las comunicaciones interauriculares (CIAS) de cualquier tamaño “pueden irse a casa” con cita en 6 meses ya que NO hacen ICC.
- 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 4ª-6ª semana. Los forámenes ovales NO SOPLAN NUNCA.