Manifestaciones clínicas de cardiopatía congénita (CC) en el neonato:

Cianosis/Colapso Circulatorio Agudo o Insuficiencia Cardiaca/ Soplo.

Historia clínica detallada familiar, prenatal y perinatal, constatando antecedentes familiares de cardiopatías congénitas, exposición a drogas o enfermedades infecciosas durante el embarazo, enfermedades maternas como DBT, reumatológicas, Score de Apgar, peso de nacimiento y edad gestacional.

1) Evaluación del paciente con cianosis

a) **Diferenciación de cianosis central versus periférica o acrocianosis.** La cianosis de origen central debe confirmarse con medición de PaO2 y saturación arterial de oxigeno bajas. Si bien la manifestación clínica de cianosis se correlaciona con una Hb desaturada > a 5g/dl y oximetría de pulso menor a 85%, una PaO2 menor de 60mmHg y/o saturación < 92% respirando aire ambiente debe ser considerada anormal o al menos sospechosa.

b) **Descartar causas no cardiológicas de cianosis central** como respiratorias y neurológicas. Son datos clínicos relevantes en el RN cianótico la presencia de un fenotipo particular, el distress respiratorio, la auscultacion de soplo o ruidos cardíacos anormales, la hipotonía, la auscultacion respiratoria anormal, la asimetría en tórax. La Rx de tórax, el ECG, los gases en sangre, el Hto y la saturación diferencial pre y postductal complementan la evaluación. De ser necesario realizar test de hiperoxia con medición de PO2 arterial. La cianosis de origen central, con escasa o nula respuesta a la administración de O2 al 100% y sin distress significativo es sugestiva de cardiopatía congénita.

Diagnósticos Diferenciales:

Enf pulmonar	Distress respiratorio Rx Tórax: parénquima anormal
Hipertensión pulmonar	Distress respiratorio Rx Tórax: sin patología Antecedente perinatal +
Cardiopatía congénita	Distress leve o ausente Rx Tórax variable Antecedente perinatal –

Test de hiperoxia:

PO2 arterial post 5-10´ de FIo2 100%	Posibilidad de CC cianótica
> 250 mm Hg	Descartada
> 160 mm Hg	Poco probable
< 160 mm Hg	Muy probable

Diagnósticos probables según saturación pre y post ductal:

Sat MI en relación a MS	Dx posibles	Dx excluidos
Igual	Hipoflujo pul TGV Hipertensión pul	Ninguno
Mayor	TGV	Hipoflujo pul Hipertensión pul
Menor	Hipertensión pul Coartación de aorta	Hipoflujo pul TGV

Cardiopatía Congénita Cianótica:

Flujo pulmonar disminuido:
- Atresia o estenosis pulmonar severa en corazón uni o biventricular
- Tetralogía de Fallot

Flujo pulmonar normal o aumentado:
- Transposición de los Grandes Vasos
- Corazón univentricular sin estenosis pulmonar
- Tronco arterioso
- Anomalía Total del Retorno venoso pulmonar

La presencia de cianosis severa, sin respuesta al test de hiperoxia en el paciente clínicamente grave justifica el inicio de prostaglandinas hasta confirmar o descartar el diagnóstico.

2) Evaluación del paciente con Colapso Circulatorio Agudo o Insuficiencia Cardiaca:

Manifestaciones clínicas: taquipnea, taquicardia, palidez, mala perfusión periférica, rechazo del alimento, irritabilidad. La presencia de ritmo de galope, ruidos cardíacos anormales, soplo, palpación anormal de los pulsos, cardiomegalia, edema pulmonar hacen sospechar una causa cardiológica.

a) C**ausas no cardiológicas**: sepsis, metabólicas, hipoxia perinatal.

b) **Causas cardiológicas de insuficiencia cardiaca** aguda según el tiempo de aparición de los síntomas:

Desde el nacimiento:

1. Disfunción miocardiaca (miocarditis-miocardiopatías, trastornos metabólicas, arritmias sostenidas)
2. Anormalidad Hematológicas
   Anemia severa - Hiperviscosidad
3. Cardiopatía estructural
   IT Ebstein – IP ausencia v pulmonar- Fístula AV sistémica

1° y 2° semana de vida

1. Cardiopatía estructural
   - Cardiopatías obstructivas izquierdas ductus dependientes:
     - Estenosis aórtica crítica
     - Coartación o Interrupción del Arco Aórtico
     - Hipoplasia de cavidades Izquierdas
   - ATRVP obstructiva
   - DAP prematuros
2. Disfunción miocárdica (miocarditis-miocardiopatías, trastornos metabólicas, arritmias sostenidas)

1° y 2° mes de vida

1. Cardiopatía estructural
   - Shunt I-D ventricular: CIV-VU-Canal AV
   - Shunt Ao-Pul: DAP-Tronco arterioso
   - Obstructivas izquierdas: EA-Co Ao-Emitral
   - Shunt Atrial: CIA ATRVP
2. Disfunción miocárdica (miocarditis-miocardiopatías, anomalía de implantación coronaria, trastornos metabólicas, arritmias sostenidas)

3) RN con soplo

50-70% de los RN tendrán en sus primeros 48-72 hs soplo normal

Características del soplo normal o funcional por circulación de transición

Pulsos normales
Saturación arterial de O2 normal
Ruidos cardíacos normales
Sin taquipnea
Intensidad 1-2/6 localizado en base o foco pulmonar
ECG normal
Rx de tórax normal

Puede ser evaluado en forma ambulatoria si los pulsos y la saturación arterial de O2 son normales y el neonato se encuentra asintomático. Si no se cumplen las condiciones antes descriptas se debe solicitar interconsulta con el especialista.

Comité de Cardiología. SAP

CIANOSIS

Antecedentes
Ex clínico
Rx de tórax
ECG
Oximetría de pulso
Po2 arterial y test de hiperoxia
Puede requerir Pg.

UCIN + IC Cardiología

INS CARDIACA

Antecedentes
Ex clínico: PULSOS
Rx de tórax
ECG
Laboratorio
Optimizar volemia, postcarga, medio interno, evaluar drogas vasoactivas.
Puede requerir Pg.

UCIN + IC Cardiología

SOPLO

Oximetría normal en MMSS y MMII
Pulsos y TA normal
Ritmo y FC normal
Rx tórax normal
Eupneico
Alimentación normal

IC Cardiología ambulatoria