

DOI: 10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.222-230

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1491>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 222-230







Patologías de una insuficiencia cardiaca congestiva en infantes

Pathologies of congestive heart failure in infants

Patologias da insuficiência cardíaca congestiva em lactentes

Vanessa Priscila Rodríguez Ortiz¹; Johana Pilar Cedeño Mera²; Josueth Emigdio Intriago Moreira³; Liceth Carolina López Moreira⁴

RECIBIDO: 15/09/2021 **ACEPTADO:** 05/10/2021 **PUBLICADO:** 29/11/2021

1. Médico General; Médico Residente de pediatría - Hospital Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador; vane_rodriguez89@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0557-4276>
2. Médico General; Médico Residente de pediatría - Hospital Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador; j.merac15@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3431-3382>
3. Médico General; Médico Ocupacional-Vseguro; Portoviejo, Ecuador; josuethintriago.m23@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9739-0890>
4. Médico General; Médico primer Nivel de UO Pedernales 24H; Pedernales, Ecuador; liceth.lm2020@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1184-9301>

CORRESPONDENCIA

Vanessa Priscila Rodríguez Ortiz
vane_rodriguez89@hotmail.com

Manta, Ecuador

RESUMEN

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) afecta al 1-2% de la población y aumenta drásticamente alrededor de los 75 años, hasta llegar a un 10-20% en el grupo de pacientes de 70-80 años. Además, existe una incidencia de 500.000 nuevos casos por año y esta cantidad puede depender del aumento de la edad y del tratamiento moderno que postergan la etapa final de las enfermedades valvulares y de enfermedades coronarias. Además, la IC es la primera causa de muerte hospitalaria después de los 65 años e implica más de dos millones de consultas ambulatorias por año aproximadamente. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Patologías de una insuficiencia cardíaca congestiva en infantes. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Las cardiopatías congénitas no son muy comunes en infantes, por ello es muy importante hacer un diagnóstico correcto (Atención primaria), en base a la realización de estudios que pueden revelar alteraciones que deben ser interpretadas teniendo en cuenta las características de cada niño. La opinión del cardiólogo es fundamental para diagnosticar las cardiopatías. En el caso 3 la cardiopatía congénita detectada en el neonato fue muy crítica que derivó en un procedimiento quirúrgico correctivo en donde la vida del mismo estuvo comprometida en todo momento. Esta patología tiene grandes complicaciones (Trombosis venosa profunda, Tromboembolia, Insuficiencia de los órganos vitales, Arritmias cardíacas y muerte súbita), que pueden ser originadas por distintas causas y mecanismos de producción.

Palabras clave: Cardiopatía, Congestiva, Lactante, Arritmia, Sudoración.

ABSTRACT

Congestive Heart Failure (CHF) affects 1-2% of the population and increases drastically around 75 years of age, reaching 10-20% in the group of patients aged 70-80 years. In addition, there is an incidence of 500,000 new cases per year and this amount may depend on increasing age and modern treatment that postpones the final stage of valvular diseases and coronary diseases. In addition, HF is the leading cause of hospital death after 65 years of age and involves more than two million outpatient consultations per year approximately. The methodology used for this research work focuses on a methodology oriented towards the need to investigate a situation precisely and coherently. Framed within a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Pathologies of congestive heart failure in infants. The technique for data collection is made up of printed, audiovisual and electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Congenital heart disease is not very common in infants, so it is very important to make a correct diagnosis (Primary Care), based on studies that can reveal alterations that must be interpreted taking into account the characteristics of each child. The opinion of the cardiologist is essential to diagnose heart disease. In case 3, the congenital heart disease detected in the newborn was very critical, leading to a corrective surgical procedure in which his life was compromised at all times. This pathology has major complications (deep vein thrombosis, thromboembolism, failure of vital organs, cardiac arrhythmias and sudden death), which can be caused by different causes and production mechanisms.

Keywords: Heart disease, Congestive, Lactating, Arrhythmia, Sweating.

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) afeta 1-2% da população e aumenta drasticamente por volta dos 75 anos de idade, chegando a 10-20% no grupo de pacientes com idade entre 70-80 anos. Além disso, há uma incidência de 500.000 novos casos por ano e esse valor pode depender do aumento da idade e dos tratamentos modernos que adiam o estágio final das doenças valvares e coronarianas. Além disso, a IC é a principal causa de morte hospitalar após os 65 anos de idade e envolve mais de dois milhões de consultas ambulatoriais por ano aproximadamente. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação centra-se numa metodologia orientada para a necessidade de investigar uma situação de forma precisa e coerente. Enquadrado numa revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a nível teórico como as Patologias da insuficiência cardíaca congestiva em lactentes. A técnica de coleta de dados é composta por materiais impressos, audiovisuais e eletrônicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, entre outros. As informações aqui obtidas serão analisadas para posterior análise. A cardiopatia congênita não é muito comum em lactentes, por isso é muito importante fazer um diagnóstico correto (Atenção Básica), baseado em estudos que possam revelar alterações que devem ser interpretadas levando em consideração as características de cada criança. A opinião do cardiologista é fundamental para diagnosticar doenças cardíacas. No caso 3, a cardiopatia congênita detectada no recém-nascido foi muito crítica, levando a um procedimento cirúrgico corretivo em que sua vida esteve sempre comprometida. Esta patologia apresenta complicações importantes (trombose venosa profunda, tromboembolismo, falência de órgãos vitais, arritmias cardíacas e morte súbita), que podem ser causadas por diferentes causas e mecanismos de produção.

Palavras-chave: Doença cardíaca, congestiva, lactante, arritmia, sudorese.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) afecta al 1-2% de la población y aumenta drásticamente alrededor de los 75 años, hasta llegar a un 10-20% en el grupo de pacientes de 70-80 años. Además, existe una incidencia de 500.000 nuevos casos por año y esta cantidad puede depender del aumento de la edad y del tratamiento moderno que postergan la etapa final de las enfermedades valvulares y de enfermedades coronarias. Además, la IC es la primera causa de muerte hospitalaria después de los 65 años e implica más de dos millones de consultas ambulatorias por año aproximadamente (Lazo, 2016, págs. 137-138). En los niños, la causa más común de insuficiencia cardíaca congestiva es un defecto cardíaco congénito (defecto de nacimiento). Por ejemplo, este defecto puede ser un agujero en la pared que separa las cavidades del corazón

o un vaso sanguíneo de más. No todos los problemas congénitos de corazón producen insuficiencia cardíaca congestiva. Otras afecciones pueden también impedir que el corazón funcione bien y provocar la insuficiencia (Minnesota, 2022).

Los incrementos en la prevalencia e incidencia de la ICC están relacionados con el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades propias del anciano, entre las que destacan la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (CI). También influye el hecho de que haya mejorado el tratamiento precoz de otras cardiopatías que antes producían una mortalidad a corto plazo: cardiopatías congénitas, infarto agudo de miocardio, etc., y que ahora se manifiestan como ICC a medio y largo plazo. A pesar de ello, la supervivencia de la ICC está mejorando progresivamente, lo que esencialmente se debe a las siguientes razones.

Estadio de la insuficiencia cardíaca basada en la estructura y el daño en el músculo cardíaco	
Estadio A	Con alto riesgo de insuficiencia cardíaca. Anomalía estructural o funcional no identificada; sin signos ni síntomas
Estadio B	Enfermedad cardíaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardíaca, pero sin signos ni síntomas
Estadio C	Insuficiencia cardíaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente
Estadio D	Enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo

Figura 1. Estadios de ICC según el American College of Cardiology y la American Heart Association

Fuente: (Perez Canga, 2015)

Hay que conocer que existen diversas clasificaciones para la ICC entre estas de acuerdo a su tiempo de evolución tenemos la aguda como la que es precipitada por un infarto masivo de miocardio , la crónica que constituye la forma clínica más común , otra forma de clasificar es de acuerdo al compromiso de las funciones entonces hablamos que es sistólica cuando el corazón es incapaz de bombear toda la sangre que le llega mientras que la diastólica es la incapacidad del corazón para que sus cavidades se llenen completamente de sangre.

Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos la disnea , ortopnea , astenia , mialgia , edema , hepatoesplenomegalia , ascitis , derrames pleurales, ingurgitación yugular , en el peor de los casos estos pacientes pueden presentar también muerte súbita o desarrollar trombos intracavitarios tomando en cuenta que las paredes del corazón están dilatadas , esta última situación a su vez constituiría un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cerebro vascular (Vera Ordoñez, 2018, pág. 1).

Según instauración	Según afectación	IC aguda	Según gravedad	Otros términos
Aguda	Derecha	Edema agudo de pulmón	Disfunción ventricular asintomática	Disfunción ventricular sistólica
Crónica	Izquierda	Shock cardiogénico	Clase funcional I (NYHA)	Disfunción ventricular diastólica
	Congestiva	Cor pulmonale agudo	Clase funcional II-IV (NYHA)	Obstrucción mecánica
		Taponamiento cardíaco	IC inestable	Miocardio aturdido
			IC refractaria	Miocardio hibernado

Figura 2. Clasificaciones y sinonimia de la insuficiencia cardíaca.

Fuente: (Llisterri Caroa, Rodríguez Roca, Alonso Moreno, Padial, & Barrios Alonso, 2000).

Clasificación fisiopatológica

En la actualidad se utilizan cada vez más los términos de la clasificación fisiopatológica:

1. Disfunción ventricular sistólica o inotrópica, que expresa un deterioro de la función contráctil del miocardio con disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y dilatación ventricular con cardiomegalia.
2. Disfunción ventricular diastólica o lusotrópica, que traduce una alteración del llenado ventricular por defecto de la elasticidad o distensibilidad del ventrículo con hipertensión venosa y FEVI conservada, está relacionada con la edad (ICC del anciano), puede, por sí sola, alterar la relación ventricular y tiene con frecuencia a la HTA como enfermedad de base.
3. Obstrucción mecánica, debida a insuficiencia cardíaca derecha o izquierda (estenosis mitral o tricúspide, mixoma) sin afectación directa de la función ventricular. La terminología diagnóstica actual tiende a restringir la denominación de insuficiencia cardíaca a las disfunciones ventriculares sistólica o diastólica (Llisterri Caroa, Rodríguez Roca, Alonso Moreno, Padial, & Barrios Alonso, 2000, pág. 6).

Clasificación según la gravedad

1. Disfunción ventricular asintomática o ICC latente, que traduce una disminución de la FEVI sin síntomas clínicos.
2. ICC clase funcional I de la New York Heart Association (NYHA), asintomática por haber cedido los síntomas con el tratamiento (ICC compensada).
3. ICC en clase funcional II-IV de la NYHA, sintomática en el momento actual.
4. ICC inestable, con complicaciones arrítmicas o hemodinámicas.
5. ICC refractaria, irreversible, no se controla con el tratamiento y es indicación de trasplante cardíaco (Llisterri Caroa, Rodríguez Roca, Alonso Moreno, Padial, & Barrios Alonso, 2000, pág. 6).

Tabla 1. Alteraciones Estructurales y Funcionales En Las Enfermedades Cardiacas.

<p>Hipertensión arterial esencial</p>	<p>La hipertensión arterial esencial es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca crónica. La evaluación clínica y ecocardiográfica, de los pacientes hipertensos con signos de insuficiencia cardiaca, ha mostrado una particular relación del sexo y la edad, con las alteraciones estructurales y funcionales cardiacas. En efecto, en la mayoría de los sujetos de edad avanzada (> 65 años) y que son del sexo femenino predomina el patrón morfológico de hipertrofia ventricular concéntrica (Aumento de espesor relativo de la pared ventricular y cavidades ventriculares de tamaño normal).</p> <p>En estos pacientes, la función ventricular sistólica esta conservada pero la función diastólica es anormal (Trastornos de relajación ventricular- Insuficiencia cardiaca predominantemente diastólica).</p> <p>Por el contrario, en los varones de edad avanzada, con antecedentes de infarto miocárdico, alcoholismo o chagas, predomina el patrón ventricular excéntrico que se caracteriza por una marcada dilatación de las cavidades ventriculares, adelgazamiento de la pared ventricular y depresión de la función ventricular sistólica (Insuficiencia cardiaca predominantemente sistólica). Debido a estas diferentes características estructurales y funcionales, el paciente con manifestaciones de insuficiencia cardiaca, debe ser clasificado mediante estudio ecocardiográfico. Las manifestaciones de insuficiencia cardiaca, independientemente del patrón morfo-funcional subyacente, están determinadas por un aumento de la presión diastólica ventricular izquierda y retención hidro-salina. Estas dos anomalías son responsables, en parte, del síndrome de insuficiencia cardiaca. El patrón morfo-funcional subyacente tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas.</p>
<p>Aterosclerosis coronaria y cardiopatía isquémica</p>	<p>La cardiopatía isquémica es la segunda causa más frecuente de insuficiencia cardiaca crónica.</p> <p>La obstrucción de los vasos coronarios principales, al afectar de manera aguda o crónica la perfusión de diferentes segmentos miocárdicos provoca necrosis y fibrosis. La extensión del daño miocárdico (> 20 % de la masa miocárdica) inicia un proceso adaptativo conocido como remodelación cardiaca, cuyo resultado final es la dilatación de las cavidades ventriculares, adelgazamiento de la pared ventricular, depresión de la función ventricular sistólica y aparición de síntomas y signos de insuficiencia cardiaca.</p>
<p>Enfermedad de Chagas y cardiopatía chagásica</p>	<p>La enfermedad de Chagas se caracteriza por ser una enfermedad de evolución lenta en la que, aproximadamente el 20-30 % de los pacientes afectados (Serología positiva a Tripanosoma cruzi) pueden llegar a tener síntomas y signos de insuficiencia cardiaca crónica. En estos pacientes, la alteración estructural cardiaca es inicialmente localizada (Fibrosis segmentaria, aneurisma apical). Por mecanismos aún desconocidos, se instala un proceso de remodelación cardiaca gradual. Al igual que en otras cardiopatías, este proceso se caracteriza por dilatación progresiva de las cavidades cardiacas con adelgazamiento de sus paredes y depresión de la función ventricular sistólica. Los síntomas de insuficiencia cardiaca aparecen generalmente en individuos de ambos sexos en la cuarta y quinta décadas de la vida (Insuficiencia cardiaca sistólica)</p>
<p>Enfermedades de las válvulas cardiacas</p>	<p>Las válvulas aórticas y/o mitral pueden ser afectadas por procesos degenerativos o inflamatorios. La alteración estructural de la válvula puede limitar su cierre adecuado (Insuficiencia) o su apertura (Estenosis). La primera de estas alteraciones conduce a un proceso de remodelación cardiaca excéntrico, como el descrito en las cardiopatías aterosclerótica, chagásica e hipertensiva, e insuficiencia cardiaca crónica. Por el contrario, la segunda provoca hipertrofia ventricular concéntrica y disfunción diastólica. La corrección quirúrgica oportuna puede evitar la progresión a la fase de insuficiencia cardiaca sistólica.</p> <p>Las enfermedades cardiacas descritas, que constituyen un factor de riesgo para insuficiencia cardiaca crónica (Estadio A), tienen un denominador común de carácter estructural y funcional: el proceso de remodelación cardiaca. Este proceso de remodelación cardiaca puede ser desencadenado por un evento isquémico (Infarto) o por un proceso inflamatorio e infeccioso (Miocarditis viral o parasitaria). La sobrecarga de volumen o de presión da lugar al proceso de remodelación excéntrica o concéntrica respectivamente. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años (Estadio B) o evolucionar hacia el síndrome de insuficiencia cardiaca crónica (Estadíos C y D).</p>

Fuente: (Dávila Spinetti, Jose H. Donis H, & Maite González, 2010).

Criterios diagnósticos

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Tos nocturna
Galope ventricular	Taquicardia sinusal
Reflujo hepato-yugular positivo	Edema periférico
Disminución de mas de 5 Kg de peso con el tratamiento.	Hepatomegalia
Estertores crepitantes bilaterales	Derrame pleural
Péptido cerebral natriurético superior a 100 pg/ml.	

Figura 3. Criterios diagnósticos.

Fuente: (Dávila Spinetti, Jose H. Donis H, & Maite González, 2010).

Patologías de una insuficiencia cardíaca congestiva en infantes

En el caso del paciente pediátrico este espectro de presentación es mucho más amplio e inespecífico. El porcentaje de pacientes que no son correctamente diagnosticados en la primera consulta médica asciende hasta el 50%, recibiendo muchos de ellos terapia antibiótica al haber sido etiquetado de infección bacteriana (Dorado Criado, Fabra Garrido, Martín Sánchez, Labrandero de Lera, & Ceano-Vivas La Calle, 2019, pág. 77).

En este tipo de insuficiencia cardíaca congestiva, la disnea se presenta con numerosos estertores, no solamente crepitantes y subcrepitantes, sino sibilantes y roncós; y la disnea es no sólo de tipo inspiratorio, sino espiratorio, como se ve en la insuficiencia respiratoria ventilatoria obstructiva, presentando la imagen radiológica pulmonar, los signos clásicos de insuficiencia cardíaca congestiva, con su velo de opacidad moteada, debido a la congestión pasiva y signos

que pudiéramos llamar, de enfisema agudo reversible, con ensanchamiento indiscutible de los espacios intercostales y con zonas de hiperclaridad entremezcladas con las zonas de opacidad típicas de la congestión pulmonar pasiva (Govea & Govea, 2019). Las principales etiologías de la ICC incluyen: hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria, etc (Balzan, y otros, 2021, pág. 85).

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca puede requerir dos o más medicamentos. Además, junto con los medicamentos para la insuficiencia cardíaca, el médico también puede recetar otros medicamentos para el corazón, como nitratos para el dolor del pecho, una estatina para reducir el colesterol o anticoagulantes para prevenir coágulos sanguíneos. Ante una exacerbación de la insuficiencia cardíaca, puede ser necesario hospitalizar al paciente. Durante el período de hospitalización, posiblemente se administren otros medicamentos para ayudar al corazón a bombear mejor y aliviar los síntomas. Por otro lado, se podría también administrar oxígeno suplementario a través de una mascarilla o de una cánula nasal. Las personas que sufren de insuficiencia cardíaca grave posiblemente requieran suplementar el oxígeno a largo plazo (Huaman Grandez, 2017, pág. 13).

Medicamento	Dosis oral inicial	Dosis oral por día	Dosis máxima
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA			
Lisinopril	2,5-5,0 mg	1	20-35 mg
Ramipril	2,5 mg	1-2	10 mg
Trandolapril	1,0 mg	1	4 mg
Bloqueadores Beta			
Bisoprolol	1,25 mg	1	10 mg
Carvedilol	3,125 mg	2	50-100 mg
Metoprolol	12,5-25 mg	1	200 mg
Nebivolol	1,25 mg	1	10 mg
BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES PARA LA ANGIOTENSINA II			
Candesartan	4 mg	1	32 mg
Valsartan	40 mg	2	320 mg
Losartan	50 mg	1	150 mg
BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE LA ALDOSTERONA			
Espironolactona	25 mg	1	25-50 mg
Eplerenona	25 mg	1	
VASODILADORES ORALES			
Hidralazina	37,5 mg	3	225 mg
Dinitrito Isosorbide	20 mg	3	120 mg
DIGITALICOS			
Digoxina oral	0.25-1 mg	3-4	-
Comprimidos 0.25 mg	Impregnación 24 h.	1	
	Mantenimiento 0.125 mg		
Digoxina IV	0.25- 1 mg	1-2	-
Ampollas 0,5 mg/2 ml	Impregnación 24 h		
DIURÉTICOS			
Furosemida Oral	20-40 mg	3-4	100 mg
Furosemida IV	20-40	3-4	

Figura 4. Tratamiento farmacológico a utilizar.

Fuente: (Dávila Spinetti, Jose H. Donis H, & Maite González, 2010)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Patologías de una insuficiencia cardiaca congestiva en infantes. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Reporte de caso 1

Dorado Criado, Fabra Garrido, Martín Sánchez, Labrandero de Lera, & Ceano-Vivas La Calle (2019), en su trabajo de investigación, presentan un caso de niño de 3 años, que acudio a centro de salud por dolor abdominal con una semana de evolucion y empeoramiento en 24 horas, presento ademas otra sintomatologia como: vomito, perdida de apetito.

Examen fisico

En la exploración presentaba aceptable estado general, ligera palidez cutánea, mucosas bien hidratadas, quejido espiratorio y tiraje intercostal leve con polipnea. La auscultación

ción pulmonar no ponía de manifiesto alteraciones de la ventilación ni ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando, depresible, con leve dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. La frecuencia cardiaca era de 145 lpm, frecuencia respiratoria de 46 rpm, tensión arterial de 87/50 mmHg y saturación de oxígeno del 100%. En la auscultación cardiaca era audible un ritmo de galope sin soplos.

Exámenes complementarios

Radiografía de tórax, donde se observó cardiomegalia e infiltrados peribroncovasculares bilaterales. Se realizó un electrocardiograma de superficie en el que se observa taquicardia sinusal y ondas T positivas en derivaciones precordiales derechas. Tras consulta con cardiología, se realiza ecocardiograma con diagnóstico de miocardiopatía dilatada no compactada e insuficiencia mitral funcional, por lo cual el paciente es ingresado para estudios e instauración de tratamiento (pág. 78).

Reporte de caso 2

Crespo & Pérez-Lescure Picarzo (2013), presenta caso de lactante de 3 meses, que fue llevado a centro de salud por presentar cansancio y sudoración que coincidía con las tomas. En la exploración física, el pediatra constató taquipnea con leve tiraje subcostal, saturación de oxígeno del 98% y un soplo pansistólico grado 3/6 audible en múltiples focos, con máxima intensidad a nivel del tercer-cuarto espacio intercostal izquierdo.

Exámenes complementarios

Se realiza electrocardiograma y derivó a paciente a urgencias dada la sospecha diagnóstica. Pues sospechó una cardiopatía congénita con cortocircuito izquierda-derecha y repercusión hemodinámica. Tal presunción fue confirmada al diagnosticarse en el hospital mediante ecocardiografía una comunicación interventricular muscular amplia (págs. 157-158).

Reporte de caso 3

Maranhão Santos, de Sá Moraes, Rangel Ibrahim, Maranhão Santos, & dos Santos (2012), presentan caso de recién nacida de 19 días, que llega a sala de urgencias de centro médico por presentar hipotónica, con hipotermia, gimiente, cianótica con aleteo de la nariz, taquipneica (80 rpm), con tiraje y severa retracción subcostal y esternal, murmullo vesicular (MV) presente con crepitantes difusos, roncus, taquicárdica (190 lpm), pulso débil, ritmo cardíaco regular (RCR), ruidos cardíacos normofonéticos (RCNF), soplo sistólico +++/4+, abdomen distendido, hígado a 4 cm por debajo del reborde costal derecho, es derivada a cuidados intensivos neonatales y se procede a intubación orotraqueal.

Exámenes complementarios

Se realizó una radiografía de tórax que mostró la presencia de cardiomegalia. Se realizó una ecocardiografía que mostró un agrandamiento de las cuatro cámaras cardíacas, un gran defecto de comunicación interventricular (CIV), insuficiencia mitral y ductus arterioso permeable (DAP).

Tratamiento

Realizarle corrección quirúrgica de la cardiopatía congénita.

Tratamiento farmacológico

- Primeras horas de ingreso: furosemida, dobutamina, milrinona, fentanilo y midazolam.
- A los 4 días: aumento de dosis de furosemida y añadiéndose espironolactona y digoxina.
- Después de la corrección quirúrgica: Se le administró milrinona durante 3 días y profilaxis antibiótica con cefazolina también por 3 días, iniciándose la administración de captopril y paracetamol.
- A los 9 días de corrección quirúrgica: Se antibióticoterapia con oxacilina asociada

a amikacina por presentar *Proteus* sp, *Enterobacter* sp y *Enterococcus* en la herida quirúrgica.

Nota: Mes y medio después de ingreso a centro de salud, la paciente es dada de alta con recomendaciones y directrices para el seguimiento ambulatorio.

Conclusiones

Las cardiopatías congénitas no son muy comunes en infantes, por ello es muy importante hacer un diagnóstico correcto (Atención primaria), en base a la realización de estudios que pueden revelar alteraciones que deben ser interpretadas teniendo en cuenta las características de cada niño. La opinión del cardiólogo es fundamental para diagnosticar las cardiopatías. En el caso 3 la cardiopatía congénita detectada en el neonato fue muy crítica que derivó en un procedimiento quirúrgico correctivo en donde la vida del mismo estuvo comprometida en todo momento. Esta patología tiene grandes complicaciones (Trombosis venosa profunda, Tromboembolia, Insuficiencia de los órganos vitales, Arritmias cardíacas y muerte súbita), que pueden ser originadas por distintas causas y mecanismos de producción.

Bibliografía

Balzan, G., Rodrigues, A., Malaggi, V., de Castro Bortolanza, M., dos Santos, J., & Llorente, M. (2021). Insuficiencia cardíaca congestiva: evolución clínica, enfermedades relacionadas-Informe de caso: Congestive heart failure: clinical evolution, related diseases—case report. *Epicentro-Revista de Investigación Ciencias de la Salud*, 1(1), 85-86.

Crespo, M., & Pérez-Lescure Picarzo, J. (2013). Casos clínicos en Cardiología (N.o 11): lactante de tres meses que se fatiga con las tomas. *Rev*

Pediatr Aten Primaria, 15(18). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000200010>

Dávila Spinetti, D. F., Jose H. Donis H, J., & Maite González, F. (2010). Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, 8(3).

Dorado Criado, M., Fabra Garrido, C., Martín Sánchez, J., Labrandero de Lera, C., & Ceano-Vivas La Calle, M. (2019). Insuficiencia cardíaca en urgencias: un reto diagnóstico. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), e77-e79.

Govea, J., & Govea, O. (2019). El uso de los Adrenocorticoesteroides en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva. *Revista Cubana de Medicina*, 1(2).

Huaman Grandez, M. L. (2017). INTERVENCIONES EFICACES PARA EL CONTROL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN UNIDADES DE EMERGENCIA.

Lazo, A. V. (2016). Factores pronóstico de mortalidad hospitalaria en pobladores de altura con insuficiencia cardíaca congestiva. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 29(4), 137-144.

Llisterri Caroa, J. L., Rodríguez Roca, G., Alonso Moreno, F., Padial, L., & Barrios Alonso, V. (2000). La insuficiencia cardíaca congestiva en atención primaria (I). *SEMERGEN*, 26, 5-13.

Maranhão Santos, B. G., de Sá Moraes, N., Rangel Ibrahim, M., Maranhão Santos, I., & dos Santos, S. (2012). Corrección quirúrgica de cardiopatías congénitas en el recién nacido.

Minnesota, C. (18 de 01 de 2022). Obtenido de <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/17469/insuficiencia-cardiaca-congestiva/>

Perez Canga, J. L. (2015). Valoración de las pruebas de función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

Vera Ordoñez, A. E. (2018). Mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva complicados con arritmias cardíacas.

CITAR ESTE ARTICULO:

Rodríguez Ortiz, V. P., Cedeño Mera, J. P., Intriago Moreira, J. E., & López Moreira, L. C. (2021). Patologías de una insuficiencia cardíaca congestiva en infantes. *RECIMUNDO*, 5(Especial 1), 222-230. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.222-230](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.222-230)

