

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

COMPORTAMIENTO DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN QUINQUENIO

Por:

Dra. Maribel Navarro Ruiz

Especialista de II Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: lizjorge@capiro.vcl.sld.cu

Descriptorios DeCS:

CARDIOPATIAS
CONGÉNITAS/epidemiología

Subject headings:

HEART DEFECTS,
CONGENITAL/epidemiology

El defecto cardíaco congénito es causado por el desarrollo inadecuado del corazón durante el período fetal¹⁻³. En la mayoría de los casos, no existe un motivo conocido para la malformación de este órgano⁴. Durante más de 10 años constituye una de las primeras causas de muerte infantil en la provincia de Villa Clara. Con el objetivo de analizar su comportamiento durante los últimos cinco años, se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", durante el quinquenio 2001-2005, con todos los recién nacidos con cardiopatías congénitas. Se tomó el total de neonatos que padecían esta enfermedad en dicho período y se confeccionó un formulario en el que se incluyeron diferentes aspectos relacionados con la misma; se seleccionó, además, un grupo control constituido por la misma cantidad de neonatos. Estos datos fueron procesados y se obtuvieron los siguientes resultados: La incidencia fue de ocho por cada mil nacidos vivos, la edad gestacional media, de 37 semanas y un peso medio de 2856 g. La comunicación interventricular (CIV), la comunicación interauricular (CIA), la persistencia del conducto arterioso (PCA), la estenosis pulmonar y la tetralogía de Fallot resultaron las cardiopatías congénitas más frecuentes en el quinquenio. Las afecciones más asociadas fueron: ictero fisiológico agravado, hipertensión pulmonar persistente (HTPP) y síndrome de Down.

Encontramos que 164 neonatos padecían cardiopatías congénitas, los cuales constituyen prácticamente el total de la provincia, ya que este servicio, por su nivel de atención y por estar ubicado en el Hospital provincial asume el mayor número de nacimientos, y se le brinda atención a todos los recién nacidos (RN) críticamente enfermos, independientemente del lugar en que ocurra el nacimiento.

En cuanto a la caracterización de la muestra en el grupo estudio, desde el punto de vista de la edad gestacional de la madre y del peso del niño, la edad gestacional promedio de las 162 madres que tuvieron niños enfermos fue de 37,8 semanas, con una desviación estándar de 3,3 semanas. El 50 % de las madres tenía edad menor o mayor de 39 semanas de edad gestacional, esta última siempre estuvo entre 27 y 43 semanas, con una curtosis marcada alrededor de la media, lo cual se puede esperar, y además con un sesgo significativamente negativo que expresa la presencia de varias madres con edad gestacional reducida. La comparación gráfica con la distribución normal revela bien ambos desajustes, en particular la curtosis y el sesgo. La significación de la prueba de

Kolmogorov-Smirnov de ajuste a la normalidad, indica que debe rechazarse esta con una significación de $0,000 < 0,01$.

El peso promedio de los niños fue de 2856 g, con una desviación estándar de 822,4 g. El peso que divide a la muestra en dos partes iguales es de 3000 g. Sin embargo, el peso mínimo llegó a ser de 980 g, y la media y la mediana se compensan por haber casos con sobrepeso (el peso máximo fue de 5 500 g). La curtosis no está notablemente marcada pero el sesgo sí es significativamente negativo, lo que es expresión de que hay bastantes niños con peso inferior a la media. Asimismo, aquí se rechaza la normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con una significación alta ($0,002 < 0,01$). Estos resultados se correlacionan, además, con los de la edad gestacional de las madres de este grupo de niños enfermos y con otros estudios⁸⁻¹⁰. Según el diagnóstico de las cardiopatías, se presentaron en orden de frecuencia: comunicación interventricular (CIV) en 75 pacientes (45,7 %), comunicación interauricular (CIA) en 53 (32,3 %); PCA en 40 (24,4 %), estenosis pulmonar en 17 (10,4 %), transposición de los grandes vasos (TGV): 8 pacientes (4,9 %), tetralogía de Fallot: 7 (4,3 %); con igual número de casos: 4 (2,4 %), se presentó la coartación de la aorta, defecto de canal aurículo-ventricular, interrupción del arco aórtico y miocardiopatía hipertrófica; con atresia pulmonar, estenosis aórtica y tronco común hubo 2 pacientes (1,2 %), y se presentaron con un solo caso (0,6 %) el atrium ventricular, drenaje anómalo parcial de venas pulmonares, doble emergencia del ventrículo derecho, drenaje anómalo total de venas pulmonares, hipoplasia de cavidades izquierdas y tronco de la arteria pulmonar estrecha.

Las afecciones o complicaciones que más se asociaron a las cardiopatías fueron el íctero fisiológico agravado, HTPP-RN, síndrome de Down y anemia. En cuanto a la mortalidad de los recién nacidos, en el grupo de control no hubo fallecidos, pero en el grupo de estudio hubo 22 niños (13,4 %) que tuvieron un desenlace fatal y esta diferencia fue altamente significativa ($p = 0,000 < 0,01$). De la muestra total (controles + casos), esta cifra representa el 6,7 %.

Referencias bibliográficas

1. Fabrega Sabate J, Rodes-Cabau J, Piechaud JF, Albert Brotons D, Casaldaliga Ferrer J, Goncalves A, et al. Cierre percutáneo de un defecto septal ventricular residual en medio del músculo usando un dispositivo Amplatz (TM). *An Esp Pediatr*. 2002 Jul;57(1):66-9.
2. Gach O, Legrand V. Clinical case of the month. Coronary artery fistula/. *Rev Med Liege*. 2002 Dec;57(12):757-9.
3. Maher KO, Pizarro C, Gidding SS, Januszewska K, Malec E, Norwood WI, et al. Hemodynamic profile after the Norwood procedure with right ventricle to pulmonary artery conduit. *Circulation*. 2003 Aug 19;108(7):782-4.
4. Martínez Corrales P, Cabrera Duro A, Alcibar Villa JU, Luis García M, Galdeano Miranda JM, Pastor Menchaca E. Lactante con tetralogía de Fallot y estenosis grave del ostium de la coronaria izquierda. *An Pediatr (Barc)*. 2003 Apr;58(4):400-2.
5. Oliver Ruiz JM. Cardiopatías congénitas del adulto: residuos, secuelas y complicaciones de las cardiopatías congénitas operadas en la infancia. *Rev Esp Cardiol*. 2003 Jan;56(1):73-88.
6. Pérez Ramírez M, Estévez Muguercia R, Abad Loyola PL, Pérez Ramírez R. Comportamiento de las enfermedades cardiovasculares asociadas al embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1999 Ene;25(1):39-44.
7. Tomanek RJ, Zheng W. Role of growth factors in coronary morphogenesis. *Tex Heart Inst J*. 2002;29(4):250-4.
8. Tortoriello TA, Vick GW, Chung T, Bezold LI, Vincent JA. Meandering right pulmonary vein to the left atrium and inferior vena cava: the first case with associated anomalies. *Tex Heart Inst J*. 2002;29(4):319-23.
9. De La Torre Hernández JM, Fernández-Valls M, Vázquez De Prada JA, Figueroa A, Zueco J, Colman T. Elevación transitoria del segmento ST: una alteración que podría ser frecuente durante el cierre percutáneo de comunicaciones interauriculares en adultos. *Rev Esp Cardiol*. 2002 Jun; 55(6):686-8.

10. Torres L, Cosentino C, Velez M, Anicama. A. Un caso de síndrome de Isacs asociado con dextrocardia. Rev Neurol. 2001 Dec 16-31;33(12):1151-4. Disponible en:
<http://www.healthsystem.virginia.edu>

Recibido: 12 de diciembre de 2007

Aprobado: 19 de febrero de 2008