

Mesa Redonda: Seguimiento coordinado del niño con cardiopatía

Problemas del niño con cardiopatía. La visión del pediatra

I. TORRE RODRÍGUEZ

Centro de Salud de Xinzo de Limia. Ourense

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías aparecen en, aproximadamente, un 1% de los recién nacidos vivos; esto las convierte en la alteración más frecuente dentro de los defectos congénitos. La mejoría significativa en el diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, ocurrida en los últimos 10-15 años, ha ocasionado una disminución de la mortalidad de hasta un 25% desde 1987 a 1997 y continúa decreciendo en la actualidad. Estas cifras nos indican el aumento de niños con estas patologías que se ven de forma habitual en nuestras consultas de centro de salud^(1,2). El pediatra de atención primaria es, a menudo, el profesional al que los padres se dirigen con dudas sobre alimentación, medicaciones, riesgos de determinadas prácticas, y otros aspectos, desde psicológicos hasta de cuidados básicos de un niño. A la hora de impartir dichos cuidados, la comunicación fluida con el cardiólogo es fundamental, especialmente si se persigue el que sea la persona más accesible, en este caso, su pediatra, la que se convierta en eje del manejo de estos pacientes.

CUIDADOS BÁSICOS

Son los mismos que en otros niños, aunque hay ciertas áreas que necesitan consideraciones especiales:

Crecimiento y nutrición

Son múltiples las causas del fallo de medro y de la malnutrición de estos pacientes, existiendo diferencias significativas según el tipo de cardiopatía (con cianosis o no, en insuficiencia cardíaca o no) y también según la edad de reparación quirúrgica del defecto (a menor edad, existe mayor velocidad para recobrar los parámetros somatométricos; y aun-

que la talla se diferencia poco finalmente, sigue habiendo diferencias importantes en cuanto al peso)^(1,2). En los primeros meses, la necesidad calórica de estos niños varía, pero debe ser al menos de unas 150 Kcal/Kg/día o mayor. Esto se consigue aumentando la densidad calórica de la fórmula con suplementos de hidratos de carbono y ácidos grasos, dando pequeñas tomas y más frecuentes, para evitar el cansancio. En ocasiones, es necesaria la alimentación enteral para aumentar las calorías y disminuir el gasto, que se realiza a través de sonda nasogástrica o de gastrostomía. Debemos comentar que se han realizado algunos estudios en los que se evidencian las ventajas de la alimentación con lactancia materna en estos pacientes, referidos a la mayor ganancia ponderal y a los escasos efectos hemodinámicos al mamar⁽⁶⁾; así pues, la lactancia materna no debe ser automáticamente eliminada en estos niños.

Desarrollo

De nuevo son varias las razones del retraso en el desarrollo que pueden manifestar estos niños. Múltiples estudios han encontrado que los test de neurodesarrollo se sitúan generalmente en el rango normal, pero son más bajos que los de la población general. También se ven influenciados por la edad de reparación quirúrgica. Es importante en estos niños no realizar test de CI que incluyan desarrollo motor en edades tempranas^(1,2). Desde el punto de vista práctico, recordar que debemos prestar atención y revisar siempre la audición. Asimismo, recordar que la retirada del pañal se puede retrasar por el uso de diuréticos, alteraciones motoras asociadas y por las frecuentes hospitalizaciones que siempre pueden suponer regresiones en las habilidades adquiridas. Finalmente, hacer men-

ción a la importancia que en estos pacientes tiene la disciplina, en el sentido de enseñanza, no de castigo, dada la tendencia a la sobreprotección por parte de los padres.

Vacunas

Serán las mismas que en la población general y además otras indicadas en estos pacientes^(1,3) como neumococo (conjugada heptavalente y polisacárida 23valente), gripe (anualmente desde los seis meses de vida) y varicela (con la controversia de los tratamientos crónicos con salicilatos). Es importante planificar la vacunación de estos pacientes con el cardiólogo, sobre todo si se va a producir una hospitalización, ya que se puede interferir la respuesta inmunológica por transfusiones, por ejemplo, y también por la existencia de efectos adversos significativos de alguna de estas vacunas, como trombocitopenia⁽¹⁾.

Cuidado dental

Insistir en la importancia de una higiene escrupulosa, pues se ha demostrado que la periodontitis puede causar bacteriemia tan solo con mascar chicle o con el cepillado normal de los dientes. Es importante, igualmente, evitar la caries del biberón y saber que estos pacientes tienen las mismas necesidades de flúor que la población general o que la salida y la pérdida de los dientes de leche pueden estar retrasados hasta en un 20% de los pacientes con cianosis^(4,9). Los pacientes deben ser enviados al dentista cada 6-12 meses desde los dos años de edad; los procedimientos dentales electivos deben realizarse uno o dos meses antes de la cirugía o ser postpuestos cuatro o seis después.

Ejercicio

En general, en este apartado la evaluación debe ser individualizada. Salvo contraindicación expresa del cardiólogo, los niños deben participar en las clases normales de gimnasia, aunque advirtiéndoles que se les debe dejar descansar o parar si lo precisan. Es importante tener en cuenta respecto a la participación en determinados deportes el tipo de ejercicio (estático o dinámico), su intensidad, duración, riesgo de colisión (pacientes anticoagulados), necesidades de entrenamiento, y el estrés que puede suponer^(1,2,4,9,12).

Otras medicaciones

Se hace referencia en este apartado sobre todo a otras medicaciones con efectos potenciales sobre el sistema cardiovascular

y también a aquellas que pudieran interferir con los fármacos más frecuentemente empleados en estos pacientes, como por ejemplo simpaticomiméticos, descongestivos, antiinflamatorios no esteroideos, productos "vitamínicos o dietéticos", etc⁽¹⁾.

INFECCIONES

Es sabido que los niños con cardiopatías congénitas tienen más riesgo de padecer determinadas infecciones y de desarrollar mayores complicaciones con infecciones comunes. Destacamos:

Virus respiratorio sincitial

Tiene menos de un 1% de mortalidad en niños sanos, pero en pacientes cardiopatas, especialmente en aquellos con cianosis, cardiopatías complejas o con hipertensión pulmonar, es significativamente mayor. Debido a que el virus no confiere inmunidad, no existe una vacuna frente al mismo. Tras la realización de un estudio multicéntrico en Estados Unidos en 1996 con inmunoglobulina intravenosa para VSR, se concluyó que se precisan nuevos estudios sobre su seguridad y eficacia en estos niños a raíz de determinados problemas surgidos entonces. Por esta razón tampoco se ha aprobado todavía el uso de anticuerpos monoclonales (Palivizu-mab). Son pues, fundamentales las medidas de prevención primaria como un buen lavado de manos, evitar lugares con muchos niños susceptibles en las épocas de mayor incidencia, evitar el tabaquismo en el hogar, especialmente en la madre... Otro aspecto a destacar, es el momento de la cirugía tras una infección reciente con el VSR; pueden existir problemas duraderos, como la hiperreactividad bronquial, que afectan el pronóstico de la intervención. Desde nuestra posición es importante, pues, el saber si se trata precisamente de este virus ante una clínica compatible, así como de insistir en normas de prevención con los padres^(1,6,7).

Endocarditis bacteriana

Su incidencia está aumentando, probablemente por la mayor supervivencia de niños con cardiopatías y el mayor uso de prótesis valvulares y de otro tipo, parches y shunts. El hallazgo clínico más común y que nos debe hacer pensar en esta entidad, es la fiebre inexplicable, de bajo grado, intermitente y sin un patrón determinado. Otros síntomas son esplenomegalia, artralgias, cambios en la auscultación de soplos cardíacos...^(1,2,8)

Aunque existen controversias, es práctica habitual seguir las guías de profilaxis para determinados procedimientos, con los antibióticos y dosis adecuadas. Y recordar que los niños que ya estén recibiendo ese antibiótico como tratamiento por otro proceso, deben recibir fármacos alternativos para profilaxis.

Síndromes asociados

Son pacientes con consideraciones especiales aquellos en los que se presentan entidades que confieren, además de la cardiopatía, un déficit inmunitario o mayor riesgo infeccioso. Destacar la asplenia congénita, que aparece en algunos niños con cardiopatías complejas, y el Síndrome de DiGeorge, con aplasia o hipoplasia tímica^(1,9).

CONSIDERACIONES PERIOPERATORIAS

Preoperatorias

Antes de la cirugía electiva, el papel del pediatra es importante en diversos aspectos. El niño no sólo no debe padecer ningún proceso infeccioso en ese momento, sino que tampoco debe ser tratado profilácticamente con antibióticos en la mayoría de los casos, intentando evitar así la sobreselección bacteriana. Asimismo, recordar lo señalado sobre las vacunaciones y la revisión dental previas⁽¹⁾.

Postoperatorias

Destacando en este apartado: la comprobación de las metabolopatías en aquellos recién nacidos a los que se ha intervenido de forma urgente en período neonatal; la posibilidad de infección de la herida quirúrgica, que puede existir hasta 6-8 semanas después; el proporcionar analgesia adecuada durante al menos la primera semana tras el alta, con paracetamol o ibuprofeno; el evitar, en lo posible, procedimientos dentales hasta 4-6 meses después para disminuir el riesgo de endocarditis en los nuevos parches, shunts o suturas; el tener en cuenta las transfusiones recibidas para las inmunizaciones que se vayan a llevar a cabo...⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

El pediatra puede y debe jugar un papel principal en la atención de los niños con cardiopatía, papel que cada vez adquiere más relevancia, pues la mejora en el diagnóstico y tratamiento

de estas patologías hace, como hemos dicho, que el número de estos pacientes haya aumentado significativamente en nuestras consultas en los últimos años. Estos niños requieren los mismos cuidados que los demás, pero en su manejo hay aspectos que se deben siempre tener en mente. Algunos estudios muestran la desconfianza, al menos parcial, de los padres en su pediatra a la hora de manejar aspectos importantes para la salud de sus hijos, aunque la confianza es mayor en algunos cuidados generales (10,11). Asimismo, en ocasiones, es el propio pediatra el que decide no implicarse demasiado porque el paciente ya tiene "otro médico". La comunicación fluida con el cardiólogo pediatra es, posiblemente, la clave para que este papel central pueda llevarse a cabo. El especialista debe apoyar activamente al generalista con su experiencia y proporcionando información y consejos sobre cada paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith P.: Primary care in children with congenital heart disease. *J Pediatr Nurs*. 2001 Oct;16(5):308-19
2. Rosenkranz E.: Caring for the former pediatric cardiac surgery patient. *Pediatr Clin North Am* 1998 Aug;45(4): 907-41
3. Manual de vacunas de la AEP 2001.
4. Harris G.: Heart disease in children. *Primary Care* 2000 Sept;27(3):767-84.
5. Marino et al.: Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital heart disease. *J Pediatr Nurs* 1995 Dec;10(6):360-4.
6. Khongphathanayothin A. et al.: Impact of respiratory syncytial virus infection on surgery for the congenital heart disease: postoperative course and outcome. *Crit Care Med* 1999;27(9): 1974-80.
7. American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus immune globulin intravenous: indications for use. *Pediatrics* 1997 Apr;99(4):645-50.
8. Dajani et al.: Prevention of bacterial endocarditis-Recommendations by the American Heart Association (on line). <http://www.americanheart.org/Scientific/statements>.
9. Gidding S., Rosenthal A.: The interface between primary care and pediatric cardiology. *Pediatr Clin North Am* 1984 Dec; 31(6):1367-88.
10. Miller M. et al.: Preferencias de los padres hacia la colaboración asistencial primaria o especializada para el tratamiento de los adolescentes con cardiopatías congénitas. *Pediatrics* (ed esp) 2000 ;50(2):141.
11. Young PC et al.: The role of the primary care physician in the care of children with serious heart disease. *Pediatrics* 1994 Sep;94(3):284-90.
12. Beghetti M, Friedli B.: Le pédiatre face à l'enfant cardiopathe. *Arch Pediatr* 1999 Sep;6(9):1010-6.