

Criterios de derivación de pacientes desde Atención Primaria a Consulta Externa de Cardiología Pediátrica

Unidad de Cardiología Pediátrica
HGU de Alicante
Dr. Ismael Martín de Lara
Dra. Ana Fernández Bernal

DUE: María Luisa Vázquez Pérez

Particularidades de nuestra Especialidad

- La patología cardíaca infantil genera una gran carga de ansiedad familiar, mayor que en otras especialidades.
- Mayor carga emocional también para el pediatra que hace que se muestre más cauto ante la sospecha de cardiopatía y se sienta más inseguro al pensar en la repercusión de un error o un retraso en el diagnóstico.
- Peculiaridades del ECG pediátrico: Lo patológico en el adulto puede ser normal en los niños.

CONSECUENCIA:

Porcentaje significativo de derivaciones improcedentes, innecesarias o precipitadas, “a petición familiar”, “por ansiedad familiar”, “por ansiedad del pediatra”...

Particularidades de nuestra Especialidad

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) sigue siendo la **primera causa de muerte en el mundo**, responsable de un 30% de las muertes si incluimos dentro de este grupo las enfermedades cerebrovasculares. Según datos de la OMS, en 2008 se produjeron 7.3 millones de muertes debido a cardiopatía coronaria y 6.2 millones por Accidentes Cerebro Vasculares (ACV). La propia OMS estima que en 2030 morirán 23.3 millones de personas por ECV.

Conciencia social del corazón como **órgano central de la vida**.

Muerte súbita del lactante y en el niño deportista: gran trascendencia y **alarma social** con eco en medios de comunicación.

La Cirugía a “corazón abierto” o el pánico a lo desconocido... “abrir el pecho”, “parar el corazón”



**Servicio de
Pediatria**

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Particularidades de nuestra Especialidad

- En todas las familias hay alguien que padece del corazón y por eso los **antecedentes familiares** no suelen dejar tampoco tranquilo al pediatra:
 - “Su abuelo tenía el corazón más grande que la caja...”
 - “ Arritmia...”
 - “ A su tío le dio un ataque al corazón...”
 - “ Su abuela padece de soplo...”
- **El deporte** está de moda y se fomenta el **espíritu competitivo**:
 - “es que mi niño se cansa...”, “es que mi niño rinde menos que los demás niños”:
 - niños obesos y niños atópicos...o niños normales** con mala adaptación a la presión competitiva.

DERIVACIONES IMPROCEDENTES

- **Persistencia de Soplo Inocente YA VALORADO** en nuestra Unidad y dado de alta.
- Valoración cardiológica en niño asintomático que practica **deporte de competición.**

DERIVACIONES INNECESARIAS

- Tras primer episodio de **síncope neuromediado**: situacional, vasovagal, impacto emocional, etc.
- **Dolor torácico** esporádico, “en pinchazos”, que aumenta con los movimientos respiratorios o con palpación dolorosa en la unión condrocostal o asociado a síntomas digestivos, etc
- **Arritmia sinusal respiratoria.**

DERIVACIONES INNECESARIAS

- Trastornos por **ansiedad**.
- Niño en tratamiento con **Metilfenidato** sin otros datos significativos en la historia clínica.
- Niño en tratamiento con **fármaco que prolongue el QT**, en ausencia de otros datos en la historia clínica.
- **Cianosis periférica** con los cambios de temperatura y otros fenómenos vasomotores como el "**cutis marmorata**".

DERIVACIONES PRECIPITADAS

- **Soplo sistólico** de nueva aparición en el contexto de **proceso febril**.
- Sensación de falta de aire y cansancio excesivo en **niño atópico** o con antecedentes de atopia familiar.
- Menor rendimiento físico y/o intolerancia ante esfuerzos moderados a intensos en **niños con sobrepeso**.
- Soplo sistólico en niño con **anemia** carencial.

DERIVACIONES PRECIPITADAS

- Niño asintomático desde el punto de vista cardiológico con **presión arterial elevada** tras una primera toma.
- **Niños mayores de 2 años con soplos cardiacos sistólicos** de intensidad menor a III/VI, audibles en borde esternal izquierdo bajo, con timbre vibratorio, con ganancia ponderoestatural normal y con buena tolerancia a la actividad física.
- **Lactante de 1 a 3 meses** con soplo sistólico corto, agudo, I-II/VI, en región infraclavicular, axilas y dorso en ausencia de otros síntomas.
- **Soplo inocente a cualquier edad.**

Derivaciones precipitadas

- Hermano afecto de cardiopatía congénita.

Tabla A-1. *Riesgo de recidiva cuando un hermano tiene una anomalía cardiovascular*

Anomalia	Riesgo sugerido (%)
Comunicación interventricular	3,0
Persistencia del conducto arterial	3,0
Comunicación interauricular	2,5
Tetralogía de Fallot	2,5
Estenosis pulmonar	2,0
Coartación de la aorta	2,0
Estenosis aórtica	2,0
Transposición de las grandes arterias	1,5
Canal auriculoventricular (defecto completo en los cojinetes endocárdicos)	2,0
Fibroelastosis endocárdica	4,0
Atresia tricuspídea	1,0
Anomalia de Ebstein	1,0
Tronco arterial persistente	1,0
Atresia pulmonar	1,0
Síndrome de hemicardio hipoplásico	2,0

Modificado de Nora JJ, Nora AH. The evaluation of specific genetic and environmental counseling in congenital heart diseases. *Circulation*. 1978;57:205-13.



**Servicio de
Pediatria**

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Derivaciones precipitadas

- Padre afecto de cardiopatía congénita.

Tabla A-2. Descendientes afectados cuando uno de los padres tiene un defecto cardíaco congénito

Defecto	Madre afectada (%)	Padre afectado (%)
Estenosis aórtica	13,0 a 18,0	3,0
Comunicación interauricular	4,0 a 4,5	1,5
Canal auriculoventricular (defecto completo en el cojinete endocárdico)	14,0	1,0
Coartación de la aorta	4,0	2,0
Persistencia del ductus arterioso	3,5 a 4,0	2,5
Estenosis pulmonar	4,0 a 6,5	2,0
Tetralogía de Fallot	6,0 a 10,0	1,5
Comunicación interventricular	6,0	2,0

De Nora JJ, Nora AH. Maternal transmission of congenital heart disease: New recurrence risk figures and the questions of cytoplasmic inheritance and vulnerability to teratogens. Am J Cardiol. 1987;59:459-63.



**Servicio de
Pediatria**

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Derivaciones Urgentes a UPED

- Neonato en la tercera semana de vida con trabajo respiratorio, palidez, sudoración excesiva y cansancio con las tomas, frialdad acra, aspecto séptico:
 - Debut clínico de la **Coartación aórtica**.
- Lactante con soplo de intensidad en aumento, en mesocardio que inicia trabajo respiratorio entre la 4^a-6^a semana de vida:
 - Debut clínico de los cortocircuitos amplios I-D: **CIV**, ductus

Derivaciones urgentes a UPED

- Arritmia con potencial repercusión hemodinámica, a cualquier edad:
 - **Taquiarritmia**, bradiarritmia por bloqueo AV
- **Dolor precordial** de características isquémicas.
- Patología infecciosa o inflamatoria:
 - **Miocarditis**
 - **Kawasaki**
-

Derivaciones no demorables

- **Auscultación patológica** a cualquier edad (Clics de eyección, soplos diastólicos, chasquidos de apertura, soplos sistólicos de intensidad \geq o igual a III/VI, soplos rudos...) **junto con** estancamiento ponderal o cansancio excesivo con el ejercicio físico.
- **Extrasistolia de alta densidad** ($>$ de 1 extra por cada 10 latidos normales)
- Sospecha de **síncope** de causa cardiovascular: en pleno esfuerzo, acompañado de palpitaciones, en decúbito...
- **Síncopes de repetición** sin claro desencadenante vasovagal.

Derivaciones indicadas por vía ordinaria

- **Soplo orgánico** a cualquier edad en ausencia de otros hallazgos.
- **Extrasistolia** de baja densidad.
- Antecedentes de **muerte súbita** en familiares de primer grado.
- Antecedentes de **miocardiopatía** en familiares de primer grado.

Derivaciones indicadas por vía ordinaria

- Canalopatía diagnosticada en familiar de primer grado (**QT largo, Brugada**)
- Hábito **Marfanoide**
- **Síndromes** con asociación de malformación cardiaca (Noonan, Williams, Down...)

Derivaciones indicadas por vía ordinaria

- **Enfermedades sistémicas** con posible afectación cardiológica secundaria: Anemia crónica, enfermedades de depósito, enfermedades reumatológicas como colagenopatías, etc
- Situaciones descritas anteriormente en el apartado de derivaciones precipitadas, una vez descartadas causas más frecuentes que la cardiogénica tras estudio y seguimiento inicial por pediatra de primaria

CONSEJOS Y CONCLUSIONES

- **Derivación indudable** ante todo paciente **con síntomas** de origen cardiovascular a cualquier edad.
- Es muy importante la **historia clínica** para distinguir lo orgánico de lo funcional y lo somático de lo psicosomático.
- Ante hallazgos casuales, auscultatorios o en el ECG, en **pacientes asintomáticos** siempre podemos pararnos juntos a pensar empleando siempre el menos común de los sentidos que es el sentido común.

Reflexión final

- Nuestro **porcentaje de rechazo de propuestas** desde atención primaria es de 0.0003% (Unas 5 en 13 años): Actitud de **respeto** ante vuestra decisión de derivación.
- Nuestro porcentaje de **altas de primera visita** es de un 50-60%: Muchas de estas visitas se podrían evitar con una mejor comunicación y coordinación.

CONTACTO

- Ante cualquier duda o sugerencia o para no precipitarse:
 - Tlfno Consulta: 965913444
 - Mail: imartindelara@cardiologoinfantil.com
 - Mi número móvil personal: Ya lo sabéis muchos, ;))

¡¡Gracias!! !Estamos en contacto!