

# **Jornadas de Pediatría de Atención Primaria 2016**

**Casos Clínicos Interactivos en  
Cardiología Pediátrica**

En un hospital comarcal nace un RN a término, con controles obstétricos normales, 39 sem EG.

Fenotipo compatible con Síndrome de Down. BEG, tonos normales, no soplos.

A.- La incidencia de cardiopatía es igual en el SD que en la población normal. No hago nada especial.

B.- Si no hay soplos y la eco obstétrica es normal, es poco probable la cardiopatía. Lo cito vía ambulatoria a Cardiología.

C.- Le hago un ECG y una Rx de tórax.

D.- Lo envío al Infantil vía ambulatoria al alta, que lo vean al día siguiente.

E.- Lo envío Urgente al Infantil y que se apañen.

En un hospital comarcal nace un RN a término, con controles obstétricos normales, 39 sem EG.

Fenotipo compatible con Síndrome de Down. BEG, tonos normales, no soplos.

~~A.- La incidencia de cardiopatía es igual en el SD que en la población normal. No hago nada especial.~~

50% de  
cardiopatía  
en SD

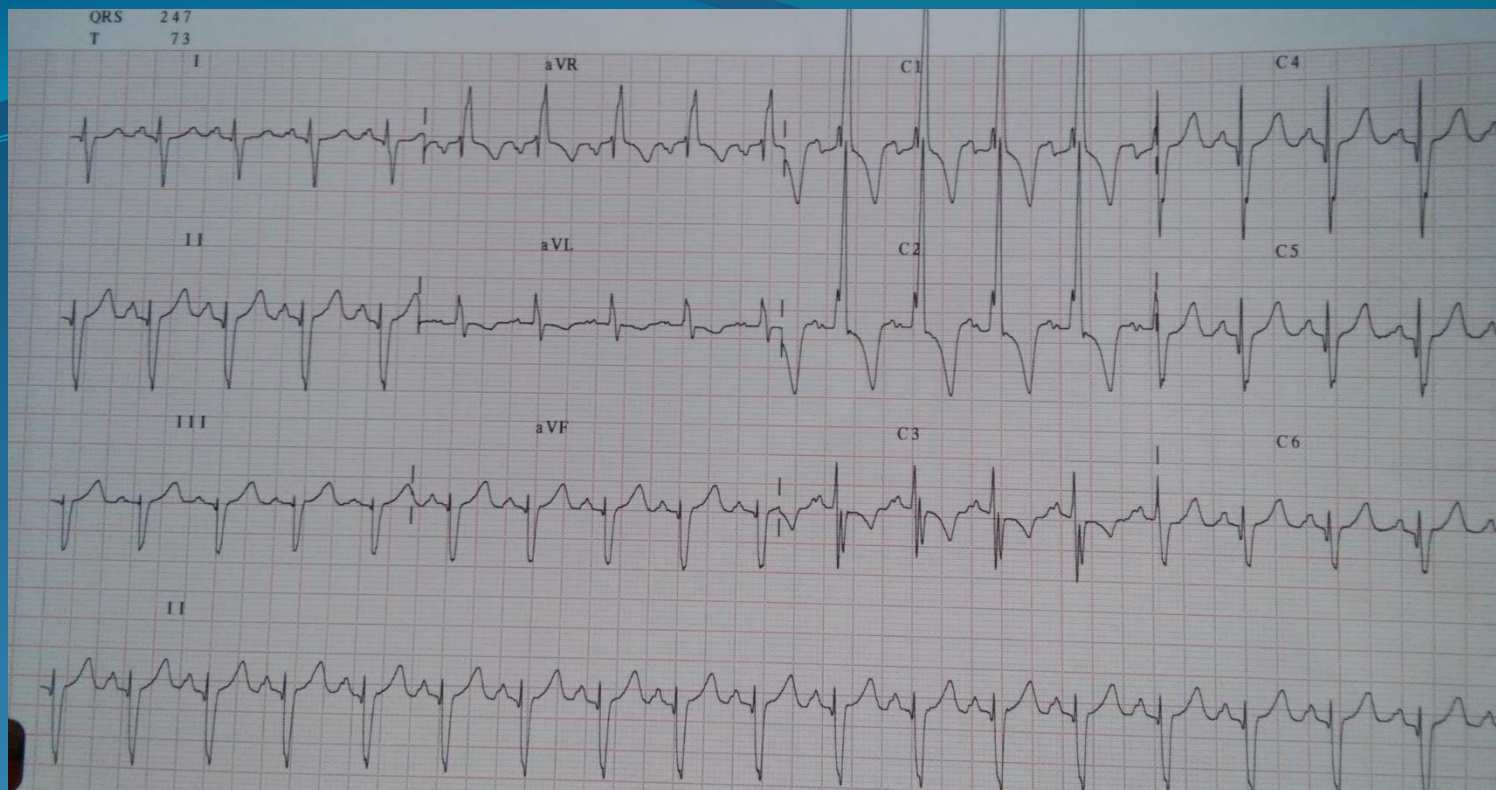
~~B.- Si no hay soplos y la eco obstétrica es normal, es poco probable la cardiopatía. Lo cito vía ambulatoria a Cardiología.~~

C.- Le hago un ECG y una Rx de tórax.

D.- Lo envío al Infantil vía ambulatoria al alta, que lo vean al día siguiente.

¿?

~~E.- Lo envío Urgente al Infantil y que se apañen.~~

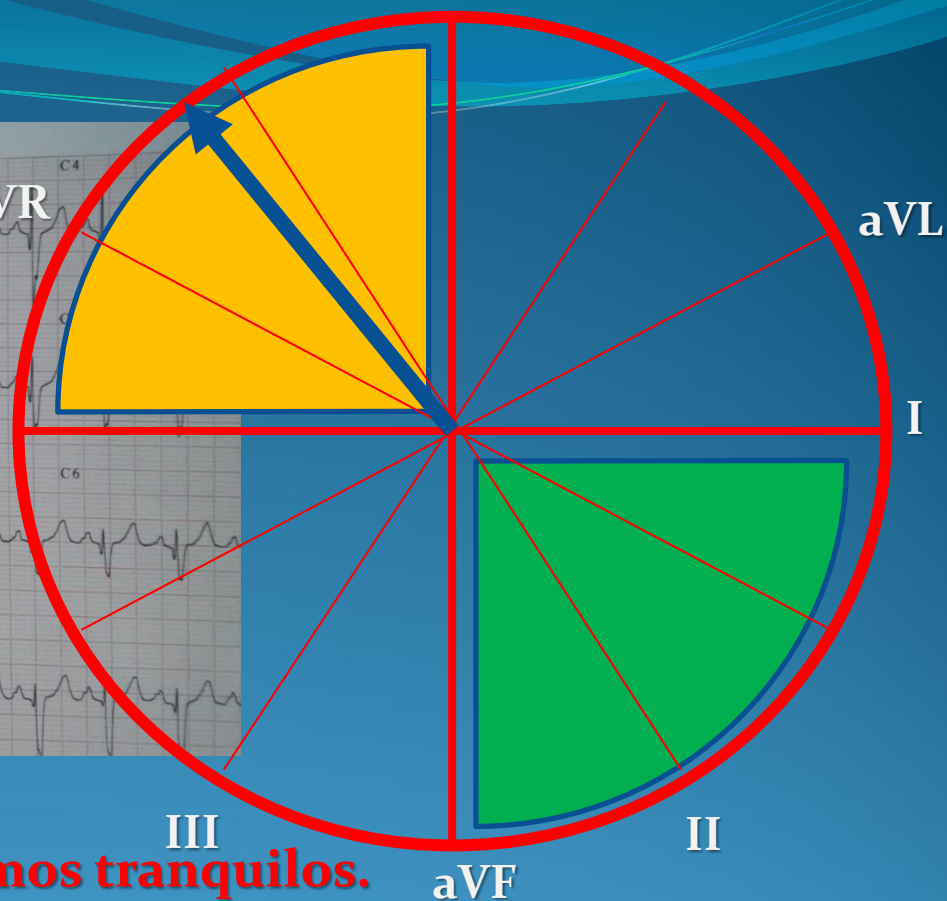
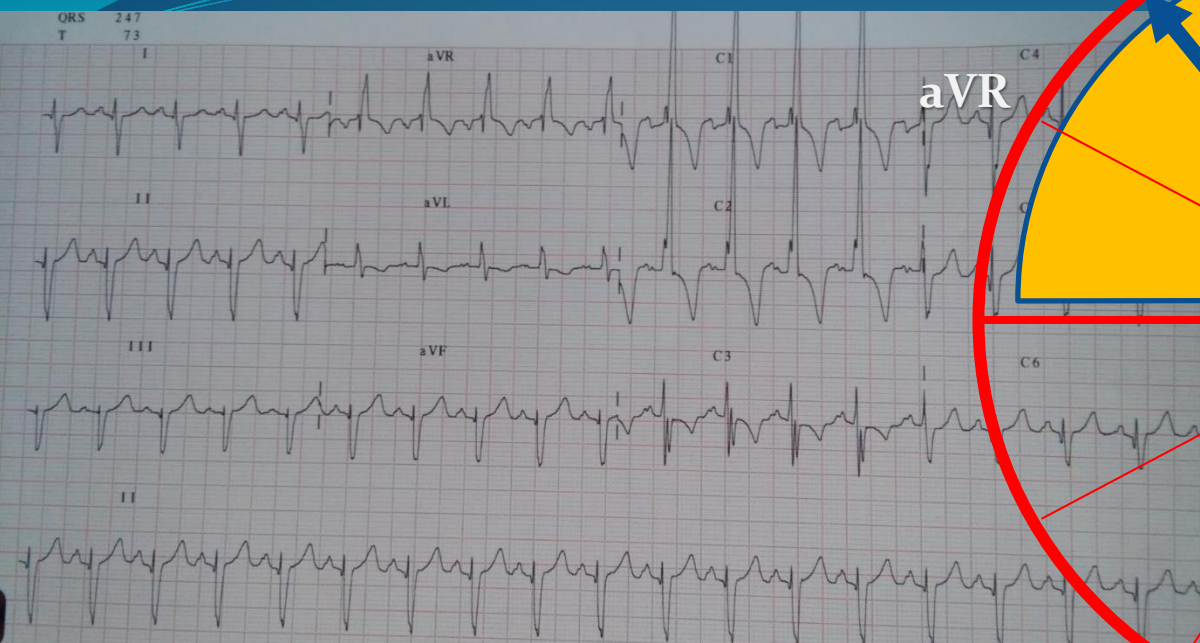


**A.- Es un ECG normal, nos quedamos tranquilos.**

**B.- Es un ECG normal, lo cual no descarta la presencia de cardiopatía congénita.**

**C.- Es un ECG sugestivo de Canal-AV.**

**D.- Es un ECG con importantes voltajes derechos, que podría ser sugestivo de Fallot.**



**A.- Es un ECG normal, nos quedamos tranquilos.**

**B.- Es un ECG normal, lo cual no descarta la presencia de cardiopatía congénita.**

**C.- Es un ECG sugestivo de Canal-AV.**

**D.- Es un ECG con importantes voltajes derechos, que podría ser sugestivo de Fallot.**

**Paciente de 11 años, portador de Prótesis aórtica en tratamiento con Sintrom. Su dentista le quiere extraer una muela la semana que viene. ¿Qué le recomendamos?**

**A.- El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes.**

**B.- El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes y lo sustituimos por heparina SC.**

**C.-El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes, lo sustituimos por heparina SC y neutralizamos con vit K.**

**D.- Hago un INR, y si está dentro del rango esperable, doy el visto bueno a la intervención sin dejar el Sintrom.**

**E.- A pesar del riesgo de sangrado, no podemos retirar el Sintrom porque habría riesgo de trombosis de la prótesis. Recomendamos no realizar la extracción de forma ambulatoria.**

## Recomendaciones generales:

- NO REALIZAR cirugía menor ambulatoria en pacientes anticoagulados con enfermedades graves concomitantes (insuficiencia renal, hepática...) .
- NO SUSPENDER la anticoagulación oral en pacientes con INR entre 2 y 4 que requieran cirugía dental ambulatoria, incluido extracciones.
- Se recomienda realizar un INR previo (24-48 horas) de control y después de la extracción.

Paciente de 11 años, portador de Prótesis aórtica en tratamiento con Sintrom. Su dentista le quiere extraer una muela la semana que viene. ¿Qué le recomendamos?

A.- El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes.

B.- El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes y lo sustituimos por heparina SC.

C.-El riesgo de sangrado es muy alto. Retiramos el Sintrom 48h antes, lo sustituimos por heparina SC y neutralizamos con vit K.

D.- Hago un INR, y si está dentro del rango esperable, doy el visto bueno a la intervención sin dejar el Sintrom.

E.- A pesar del riesgo de sangrado, no podemos retirar el Sintrom porque habría riesgo de trombosis de la prótesis. Recomendamos no realizar la extracción.



El paciente anterior tiene un INR de 2'7 (VN 2-3).  
¿Qué le recomendamos?

A.- Enjuagues con ácido Tranexámico antes de la extracción.

B.- Suplementación con vitamina K.

C.-Compresión con una gasa empapada en ácido Tranexámico tras la extracción.

D.- A y C son correctas.

E.- Todas las respuestas son correctas.

\* Para disminuir el riesgo de sangrado se recomienda efectuar irrigación de la zona con ácido tranexámico o aminocaproico y realizar hemostasia local con sutura, esponjas de colágeno o gasa empapada con dicho fármaco.

Durante dos días pueden realizarse enjuagues cada 6 horas con el contenido de una ampolla de ácido tranexámico al 5% (**AMCHAFIBRÍN 500 mg**), evitando la ingesta durante una hora.

\* EVITAR prescribir Antiinflamatorios no Esteroideos (AINEs) ni inhibidores de la COX-2.

El paciente anterior tiene un INR de 2'7 (VN 2-3).  
¿Qué le recomendamos?

A.- Enjuagues con ácido Tranexámico antes de la extracción.

B.- Suplementación con vitamina K.

C.-Compresión con una gasa empapada en ácido Tranexámico tras la extracción.

D.- A y C son correctas.

E.- Todas las respuestas son correctas.

**¿Tras qué procedimientos NO es preciso dar tratamiento antiagregante con AAS?**

**A.- Ablación por radiofrecuencia de arritmias.**

**B.- Cierre de CIA con dispositivo percutáneo.**

**C.- Cierre de Ductus con dispositivo percutáneo.**

**D.- Colocación de Stents**

**E.- Tras todos los procedimientos anteriores se debe antiagregar.**

¿Tras qué procedimientos NO es preciso dar tratamiento antiagregante con AAS?

A.- Ablación por radiofrecuencia de arritmias.

B.- Cierre de CIA con dispositivo percutáneo.

C.- Cierre de Ductus con dispositivo percutáneo.

D.- Colocación de Stents

E.- Tras todos los procedimientos anteriores se debe antiagregar.

**Paciente de 9 meses, afecto de CIV amplia, en tratamiento con Furosemida, Espironolactona, Captopril y Digoxina. Presenta vómitos y diarrea desde hace 24h. ¿Qué hacemos?**

**A.- Dieta y rehidratación oral, como en cualquier otro niño.**

**B.- Solicito Digoxinemia urgente.**

**C.- Reduzco la dosis de diuréticos a la mitad mientras dure el proceso.**

**D.- A y C son correctas.**

**E.- Todas las respuestas son correctas.**

Paciente de 9 meses, afecto de CIV amplia, en tratamiento con Furosemida, Espironolactona, Captopril y Digoxina. Presenta vómitos y diarrea desde hace 24h. ¿Qué hacemos?

A.- Dieta y rehidratación oral, como en cualquier otro niño.

B.- Solicito Digoxinemia urgente.

C.- Reduzco la dosis de diuréticos a la mitad mientras dure el proceso.

D.- A y C son correctas.

E.- Todas las respuestas son correctas.

- El manejo de la gastroenteritis aguda en el niño con cardiopatía por shunt I-D no difiere del niño sano, salvo algunos matices:

\* Si hay diarrea acuosa importante, puede ser necesario reducir a la mitad las dosis de diuréticos, para minimizar el riesgo de deshidratación.

\* La toxicidad por digoxina se manifiesta inicialmente como vómitos y diarrea. No confundir con una gastroenteritis infecciosa.



**¿En qué caso recomendarías un estudio cardiológico de screening por antecedentes familiares?**

**A.- Tía materna MS a los 20 años.**

**B.- Abuelo paterno, tío paterno y padre con IAM a los 60, 55, y 50 años.**

**C.-Padre con MCH.**

**D.- Abuela materna y abuelo paterno con MCD.**

**E.- Todas las respuestas son correctas.**

- **Se recomienda screening cardiológico en pacientes con familiares de PRIMER GRADO con:**

- \* **Cardiopatía isquémica precoz (por debajo de 45 años), en ausencia de factores de riesgo.**

- \* **Canalopatías de herencia autosómica dominante:  
Síndrome de Brugada, LQTS, Taquicardia  
Catecolaminérgica familiar.**

- \* **Miocardiopatías de herencia dominante:  
Miocardiopatía Hipertrófica, MAVD.**

- \* **Muerte Súbita de causa probablemente cardíaca,  
sin factores de riesgo, por debajo de 45 años.**

- **No son indicación de estudio por screening familiar:**

- \* **Miocardiópatías o canalopatías de herencia dominante en familiares de segundo grado.**

- \* **Miocardiópatías de herencia recesiva en familiares de cualquier grado.**

- \* **Cardiopatía isquémica familiar por encima de 45 años.**

¿En qué caso recomendarías un estudio cardiológico de screening por antecedentes familiares?

A.- Tía materna MS a los 20 años.

B.- Abuelo paterno, tío paterno y padre con IAM a los 60, 55, y 50 años.

C.-Padre con MCH.

D.- Abuela materna y abuelo paterno con MCD.

E.- Todas las respuestas son correctas.

**Paciente de 8 años, diagnosticado de LQTS, en tratamiento con Nadolol. Presenta sibilancias y tos espástica. ¿Qué le recomendamos?**

**A.- Retirar el Nadolol. Los betabloqueantes exacerban el asma.**

**B.- Administrar Salbutamol inhalado y valorar iniciar precozmente corticoides.**

**C.- Administrar Terbutalina inhalada y valorar iniciar precozmente agentes beta-adrenérgicos de efecto prolongado.**

**D.- A y B son correctas.**

**E.- Todas las respuestas son correctas.**

- Los betabloqueantes pueden exacerbar el broncoespasmo, pero dado el riesgo de muerte súbita arrítmica, solo lo retiraremos en caso de broncoespasmo severo y en medio hospitalario.
- El Salbutamol inhalado tiene un muy ligero efecto de alargamiento del QT, por lo que puede usarse en pacientes con LQTS, mientras que la Terbutalina alarga claramente el QT y aumenta el riesgo arrítmico.
- Los betabloqueantes de larga duración alaran el QT, por lo que están prescritos en el paciente con LQTS.
- Para minimizar el uso de betaadrenérgicos, en los pacientes con LQTS se recomienda la administración precoz de corticoides y de inhibidores de leucotrienos.

**Paciente de 8 años, diagnosticado de LQTS, en tratamiento con Nadolol. Presenta sibilancias y tos espástica. ¿Qué le recomendamos?**

**A.- Retirar el Nadolol. Los betabloqueantes exacerban el asma.**

**B.- Administrar Salbutamol inhalado y valorar iniciar precozmente corticoides.**

**C.- Administrar Terbutalina inhalada y valorar iniciar precozmente agentes beta-adrenérgicos de efecto prolongado.**

**D.- A y B son correctas.**

**E.- Todas las respuestas son correctas.**

**Respecto a los pacientes portadores de marcapasos endocavitario, ¿qué afirmación es falsa?:**

**A.- No deben pasar por arcos detectores en aeropuertos.**

**B.- No pueden ser sometidos a una Resonancia Magnética.**

**C.- No deben ser sometidos a litotricia.**

**D.- Nunca deben ser operados usando bisturí eléctrico.**

**E.- Todas las respuestas son falsas.**



- Los arcos detectores de aeropuertos no han demostrado inducir cambios en marcapasos, si bien se recomienda evitarlos.
- La mayoría de los dispositivos de MCP y DAI usados actualmente, son adecuados para realizar RM.
- Puede realizarse litotricia desactivando el marcapasos. En caso de no ser posible, desconectar la detección de arritmias y el modo -R, y dar los pulsos sincronizados con el ECG.
- Puede usarse bisturí eléctrico teniendo la precaución de usar siempre dispositivos bipolares.

**Respecto a los pacientes portadores de marcapasos endocavitario, ¿qué afirmación es falsa?:**

**A.- No deben pasar por arcos detectores en aeropuertos.**

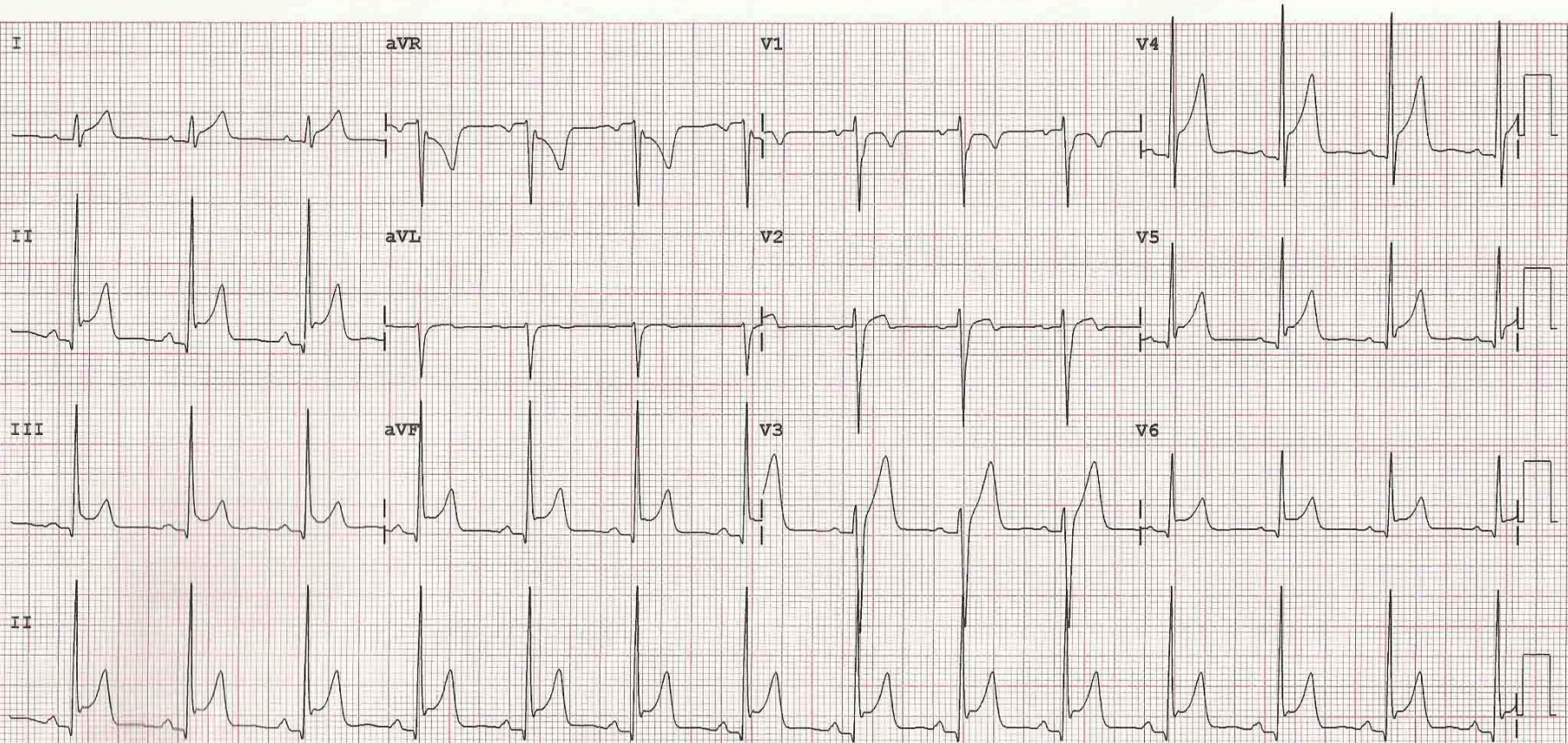
**B.- No pueden ser sometidos a una Resonancia Magnética.**

**C.- No deben ser sometidos a litotricia.**

**D.- Nunca deben ser operados usando bisturí eléctrico.**

**E.- Todas las respuestas son falsas.**

Paciente de 14 años con dolor torácico opresivo de 48h de evolución y febrícula. Realizamos Rx de tórax con resultado normal y una bioquímica con PCR normal y Troponinas normales. ECG que se muestra. ¿Cuál debe ser nuestra actitud?



**A.- Inicio tratamiento con AINEs y lo ingreso para completar el estudio por sospecha de pericarditis.**

**B.- Lo ingreso por sospecha de pericarditis y por el momento, no trato, para no falsear resultados.**

**C.- Dado que tiene un buen estado general, trato con AINEs, envío a domicilio y cito al día siguiente para completar el estudio por cardiología.**

**D.- El ECG es normal. Doy de alta.**

**E.- El ECG sugiere isquemia y precisa de más estudios.**

- Los AINEs no modifican los cambios electrocardiográficos de la pericarditis, por lo que su inicio debe ser lo más precoz posible, sin esperar a la confirmación del diagnóstico.

A.- Inicio tratamiento con AINEs y lo ingreso para completar el estudio por sospecha de pericarditis.

B.- Lo ingreso por sospecha de pericarditis y por el momento, no trato, para no falsear resultados.

C.- Dado que tiene un buen estado general, trato con AINEs, envío a domicilio y cito al día siguiente para completar el estudio por cardiología. ¿?

~~D.- El ECG es normal. Doy de alta.~~

~~E.- El ECG sugiere isquemia y precisa de más estudios.~~

Recién nacido de 3 semanas, en su primera visita en el Centro de Salud. Tras revisar los antecedentes, consideramos que debería tener un control cardiológico porque se han despistado en el hospital, en uno de los siguientes casos:

A.- Visualización de “foci” en la ecografía obstétrica.

B.- Madre con diabetes pregestacional en tratamiento con insulina.

C.- Madre con lupus, ANA (+), anti-Ro (-).

D.- Todos los RN de los supuestos anteriores han de ser valorados por cardiología.

E.- Ninguno de los RN de los supuestos anteriores ha de ser necesariamente valorado por cardiología.

La presencia de “Foci” en la ecocardiografía obstétrica son un marcador de aneuploidía, pero no suponen patología cardíaca.

La diabetes durante la gestación aumenta la incidencia de anomalías cardíacas, pero su screening ya está contemplado de forma prenatal. Sólo son subsidiarias de screening postnatal cuando la HbA<sub>1c</sub> está elevada (>6%).

El lupus materno es un factor de riesgo cardíaco fetal sólo cuando están presentes Ac anti-Ro o anti-La.



Recién nacido de 3 semanas, en su primera visita en el Centro de Salud. Tras revisar los antecedentes, consideramos que debería tener un control cardiológico porque se han despistado en el hospital, en uno de los siguientes casos:

A.- Visualización de “foci” en la ecografía obstétrica.

B.- Madre con diabetes pregestacional en tratamiento con insulina.

C.- Madre con lupus, ANA (+), anti-Ro (-).

D.- Todos los RN de los supuestos anteriores han de ser valorados por cardiología.

E.- Ninguno de los RN de los supuestos anteriores ha de ser necesariamente valorado por cardiología.

Paciente de 13 meses diagnosticado de enfermedad de Kawasaki hace un mes (en Octubre). Fue tratado con IgIV, y no presenta lesiones cardíacas. ¿Qué afirmación es cierta respecto a las vacunas?

A.- Debemos vacunar de TV según el calendario .

B.- Debemos vacunar de TV según el calendario. Añadiremos vacunación antigripal, dado el riesgo especial en pacientes con cardiopatía.

C.- Debemos vacunar de TV según el calendario y además adelantar la DTPa de los 18 meses, dada la inmunosupresión que induce el Kawasaki.

D.- Debemos retrasar la vacunación TV a los 18 meses.

E.- Todas las opciones anteriores son erróneas.

La administración de gammaglobulinas induce una falta de respuesta a las vacunas, debido a la inhibición de antígenos por los anticuerpos extrínsecos circulantes.

Tras administrar gammaglobulinas, debe retrasarse un mínimo de 3 meses la administración de vacunas (6 si es posible).

Paciente de 13 meses diagnosticado de enfermedad de Kawasaki hace un mes (en Octubre). Fue tratado con IgIV, y no presenta lesiones cardíacas. ¿Qué afirmación es cierta respecto a las vacunas?

A.- Debemos vacunar de TV según el calendario .

B.- Debemos vacunar de TV según el calendario. Añadiremos vacunación antigripal, dado el riesgo especial en pacientes con cardiopatía.

C.- Debemos vacunar de TV según el calendario y además adelantar la DTPa de los 18 meses, dada la inmunosupresión que induce el Kawasaki.

D.- Debemos retrasar la vacunación TV a los 18 meses.

E.- Todas las opciones anteriores son erróneas.

**Paciente de 13 años, procedente de Marruecos, que refiere amigdalitis de repetición. Último episodio de inicio hace una semana.**

**13.600 leucos (80%N, 16%L), PCR 8,3 gr/dl, ASLO 1.250 U/l. Streptotest (+)  
¿Cuál es la actitud correcta?**

**A.- Se trata de una faringoamigdalitis estreptocócica típica. Tratar con Penicilina según el protocolo habitual.**

**B.- Las ASLO elevadas indican una posible fiebre reumática. Iniciar Penicilina IM y remitir a estudio cardiológico.**

**C.- Las ASLO elevadas son diagnósticas de fiebre reumática. Remitir al Hospital para completar estudio y tratamiento.**

**D.- No podemos descartar el diagnóstico de fiebre reumática. Tratar con AINEs y postponer el tratamiento antibiótico para no falsear resultados.**

**E.- Todas las opciones anteriores son erróneas.**

Paciente de 13 años, procedente de Marruecos, que refiere amigdalitis de repetición. Último episodio de inicio hace una semana.

13.600 leucos (80%N, 16%L), PCR 8,3 gr/dl, ASLO 1.250 U/l. Streptotest (+)  
¿Cuál es la actitud correcta?

A.- Se trata de una faringoamigdalitis estreptocócica típica. Tratar con Penicilina según el protocolo habitual.

B.- Las ASLO elevadas indican una posible fiebre reumática. Iniciar Penicilina IM y remitir a estudio cardiológico.

C.- Las ASLO elevadas son diagnósticas de fiebre reumática. Remitir al Hospital para completar estudio y tratamiento.

D.- No podemos descartar el diagnóstico de fiebre reumática. Tratar con AINEs y postponer el tratamiento antibiótico para no falsear resultados.

E.- Todas las opciones anteriores son erróneas.

**La presencia de extrasístoles ventriculares monomorfos esporádicos en un ECG de reposo es...**

**A.- Un fenómeno que requiere investigación cardiológica avanzada.**

**B.- Un fenómeno fisiológico.**

**C.- Una situación amenazante que requiere valoración hospitalaria urgente.**

**D.- Un indicador de enfermedad miocárdica.**

**Los extrasístoles ventriculares pueden ser considerados benignos y fisiológicos siempre que cumplan tres requisitos:**

**MONOMORFOS.-** Todos los extrasístoles deben tener la misma morfología.

**POCO FRECUENTES.-** Hasta 400 por hora (5-6 por minuto).

**DESAPARECEN CON EL ESFUERZO.-**



**La presencia de extrasístoles ventriculares monomorfos esporádicos en un ECG de reposo es...**

**A.- Un fenómeno que requiere investigación cardiológica avanzada.**

**B.- Un fenómeno fisiológico.**

**C.- Una situación amenazante que requiere valoración hospitalaria urgente.**

**D.- Un indicador de enfermedad miocárdica.**