

INMUNIZACIONES Y SEGUIMIENTO PEDIATRICO DEL LACTANTE CON CARDIOPATIA CONGENITA

Dra. Beatriz Picazo Angelin
Servicio de Pediatría.
Hospital Costa del Sol. Marbella.

INMUNIZACIONES

CALENDARIO VACUNAL COMÚN

Los niños con cardiopatías congénitas o con otro tipo de lesiones cardiovasculares crónicas deben ser vacunados como cualquier niño sano, siguiendo el calendario de vacunaciones vigente en su Comunidad Autónoma. Mostramos a continua-

ción el calendario de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Sus modificaciones sucesivas pueden consultarse en la página web de la AEP, en el apartado de información a los padres (www.aeped.es).

VACUNAS	E D A D									
	0 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12-15 meses	15-18 meses	24 meses	3-6 años	11-12 años	13-16 años
Hepatitis B ¹	HB ²	HB ^{2,3}	HB ³	HB ^{2,3}					HB ³	
Difteria, Tétanos, Tosferina ⁴		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		Td ó dTpa ¹³
Polio ⁵		VPI	VPI	VPI		VPI		VPI		
H.influenzae b ⁷		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningococo C ⁸		MCC	MCC	MCC						
Sarampión, Rubéola, Parotiditis ⁹					TV			TV		
Varicela ¹⁰						Var			Var	
Neumococo ¹¹		Pn7v	Pn7v	Pn7v		Pn7v				

1 Se pueden emplear dos pautas de vacunación: 1) Con inicio al nacimiento y continuación a los 2 y 6 meses de edad. 2) Con inicio a los 2 meses y continuación a los 4 y 6 meses. Los hijos de madres AghBs positivo deben recibir una dosis de vacuna junto con 0.5 ml de gammaglobulina antihepatitis B en sitios anatómicos separados dentro de las primeras 12 horas de vida. La segunda dosis se administrará al mes de vida y la tercera a los 6 meses. En los casos de desconocimiento del AghBs deberá administrarse la vacuna al nacimiento o investigarlo de muestra que en caso de ser positivo pueda administrarse la gammaglobulina antihepatitis B en la primera semana de vida.

2 Pauta 0-2-6 meses de vacuna contra la hepatitis B.

3 Pauta 2-4-6 meses de vacuna contra la hepatitis B.

4 Vacunación a los niños de 11-12 años pertenecientes a cohortes no vacunadas en el primer año de vida. Se empleará la pauta 0-1-6 meses.

5 Difteria, Tétanos y Pertussis acelular en todas las dosis.

6 Polio inactivada en todas las dosis.

7 Vacuna conjugada contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

8 *Neisseria meningitidis* C. En función de la situación epidemiológica, algunas CCAA pueden aconsejar la vacunación de todos los menores de 16 años que no hayan sido vacunados anteriormente.

9 Sarampión, Rubéola y Parotiditis: triple vírica (TV). La segunda dosis se administrará entre los 3-6 años. En aquellos casos en los que no se haya recibido la segunda dosis, se completará el esquema en la vista de los 11-12 años.

10 Varicela: cuando las Autoridades Sanitarias lo consideren oportuno, el CAV recomienda la vacunación universal de niños sanos a la edad de 12-18 meses. A los 11-12 años, vacunación selectiva de niños no previamente vacunados y con historia clínica fehaciente de no haber pasado la enfermedad. Se administrará una sola dosis, salvo en los mayores de 13 años en los que se deberán administrar dos dosis separadas por 6-8 semanas. Se puede poner considerando con la TV en zona anatómica diferente o con jeringa distinta o bien diferida un mes de la TV.

11 Vacuna antineumocócica conjugada 7-valente: pauta 2-4-6 meses con una dosis de recuerdo entre los 12 y 24 meses de edad.

12 Los recuadros que agrupan a varias vacunas corresponden a vacunas combinadas hexavalentes o pentavalentes.

13 Revacunación cada 10 años.

Nota: Dado que no hay suficientes datos sobre la administración simultánea de vacuna hexavalente + antineumocócica C + antineumocócica heptavalente, conjugada, se puede considerar no hacer coincidir las tres en el mismo acto vacunal.

Debemos recordar que las inyecciones intramusculares están contraindicadas en niños que toman anticoagulantes orales. Las vacunas que habitualmente se administran por esta vía serán inyectadas en tejido subcutáneo.

OTRAS VACUNAS

Algunas de estas vacunas no están aún incluidas en los calendarios de todas las Comunidades, pero pueden ser prescritas de forma específica en los niños afectos de cardiopatía mediante informe del Pediatra.

Dado que los niños con patología cardiopulmonar crónica tienen mayor riesgo que la población general de complicaciones secundarias a infecciones pulmonares, se recomienda añadir al calendario de vacunación sistemático las vacunas frente a:

- 1. Gripe:** Indicada en los niños con patología cardiopulmonar crónica, por el elevado riesgo de complicaciones que la gripe produce en estos pacientes, y en enfermos tratados prolongadamente con aspirina (p. Ej. enfermedad de Kawasaki), con el fin de reducir el riesgo de síndrome de Reye consecutivo a la enfermedad. Se indica a partir de los 6 meses de vida, ya que en los menores tiene escasa inmunogenicidad. En los niños de 6-35 meses se administran 0.25 mL de vacuna de virus fraccionados o de subunidades, vía intramuscular, 1-2 dosis separadas 4-6 semanas.
- 2. Neumococo:** La indicada en lactantes es la vacuna neumocócica conjugada 7-valente (VNC7)(Prevenar). El CDC la recomienda a todos los niños menores de 23 meses, y a niños afectos de enfermedad crónica, incluyendo enfermedad cardíaca crónica, particularmente enfermedad cardíaca cianótica y fallo cardíaco. Pauta vacunal: ver calendario vacunal de la AEP.

- 3. Varicela:** Aún no incluida en los calendarios vacunales de las Comunidades Autónomas, pero sí puede ser recetada a los niños con enfermedades cardiovasculares. Se indica a partir de los 12 meses de edad. Contiene virus vivos atenuados. Contraindicada en inmunodeprimidos y en cardiopatas en tratamiento crónico con corticoides sistémicos a dosis elevadas (>2 mg/kg/día de prednisona) o salicilatos crónicos. Se administra por vía subcutánea en dosis única de 0.5 mL. Deberá diferirse 5 meses la vacunación en niños que hayan recibido sangre, hemoderivados o inmunoglobulinas intravenosas (p. ej. en el tratamiento de Enf. de Kawasaki, púrpura trombocitopénica, etc) para evitar el fallo vacunal. Puede administrarse con otras vacunas vivas o atenuadas, el mismo día, en diferentes puntos de inyección. Si no se administra junto a la del sarampión se separará 1 mes de la misma, por el descenso transitorio de la inmunidad que produce esa vacuna. En niños cardíacos con riesgo de hacer una varicela complicada, si no están vacunados, está indicada la inmunoterapia pasiva con inmunoglobulina intravenosa anti-varicela-zoster (1)

INMUNIZACIÓN FRENTE A VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)

- a) Activa:** En la actualidad se están ensayando varios tipos de vacunas contra el VRS: de virus vivos atenuados, de subunidades y vacunas elaboradas mediante ingeniería genética. Pero su uso aún no se ha generalizado para la vacunación sistemática de lactantes.
- b) Pasiva:** mediante gammaglobulina frente al VRS (Palivizumab), que es un anticuerpo monoclonal (a diferencia de la inmunoglobulina intravenosa policlo-

nal hiperinmune preparada a partir de donantes frente al VRS, que *no* se indica en niños con cardiopatía)(2). El Palivizumab se administra por vía intramuscular, no supone una sobrecarga de líquidos para el niño, no interfiere con las vacunas de virus vivos y carece de potencialidad de transmitir enfermedades infecciosas. Se indica una inyección IM mensual de Palivizumab de 15 mg/kg durante la estación epidémica (evidencia de grado I) comenzando el mes previo al principio de la estación epidémica. En general se administran 5 dosis a intervalos mensuales. La dispensación de la profilaxis es exclusivamente hospitalaria. El producto debe ser utilizado en las 6 h siguientes a la apertura del vial, ya que no contiene conservantes. Dado que se observó un descenso medio del 58% en la concentración sérica de palivizumab después de los procedimientos quirúrgicos con bypass cardiopulmonar, debe considerarse la administración de una dosis postoperatoria (15 mg/kg) en los niños que todavía requieren profilaxis, tan pronto como el paciente se halle médicamente estable (2).

Las recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial en pacientes con cardiopatía congénita las encontramos en la página web de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica (<http://www.secardioped.org>). Recientemente ha sido aprobada la indi-

cación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y por la Food and Drug Administration (FDA) para el uso de Palivizumab en pacientes con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa menores de 24 meses de edad, y se incluye como recomendación en estos pacientes por parte de la Academia Americana de Pediatría en el Red Book 2003 (3).

Y por supuesto, siguen siendo fundamentales las normas de prevención primaria para evitar la infección por VRS, tales como el lavado de manos, de juguetes, evitar el contacto con hermanos mayores con riesgo de infección, tirar los pañuelos usados, evitar entornos contagiosos (guarderías, salas de espera hospitalarias pobladas) y evitar el humo del tabaco.

PRECAUCIONES CON EL USO DE GAMMAGLOBULINAS INESPECÍFICAS

Hay unos intervalos de tiempo recomendados entre la administración de productos con inmunoglobulinas y la posterior administración de vacunas de microorganismos vivos (tabla 1)(1). Debemos tenerlo en cuenta p. ej. en niños tratados con gammaglobulinas por enf. de Kawasaki, o en niños tras cirugía cardiovascular, que con frecuencia reciben transfusiones de concentrados de hematíes.

Tabla 1

Producto inmunobiológico	Dosis	Intervalo hasta vacunación	
		Sarampión	Varicela
<i>Ig intravenosa (IGIV)</i>			
Polivalente			
A dosis estándar	300-400 mg IgG/kg	8 meses	8 meses
A dosis alta	1 g IgG/kg	10 meses	10 meses
Dosis muy alta	2 g IgG/kg	11 meses	11 meses

<i>Sangre y hemoderivados</i>			
Hematíes lavados	10 mL/kg (casi sin IgG)	0	0
Concentrado de hematíes	(60 mg IgG/kg)	6 meses	5 meses
Sangre completa	(80-100 mg IgG/kg)	6 meses	5 meses
Plasma	(160 mg IgG/kg)	7 meses	5 meses
Plaquetas	(160 mg IgG/kg)	7 meses	5 meses
<i>Anticuerpos monoclonales</i>			
Antivirus respiratorio sincitial (Palivizumab)		0	0

EL NIÑO TRASPLANTADO DE CORAZÓN

Destacar que su calendario vacunal tendrá algunas peculiaridades en relación al calendario vacunal común. En general, en los pacientes con trasplantes de órganos sólidos la respuesta a todas las vacunas es inferior que la de las personas sanas. Las vacunas de microorganismos inactivados (VPI), toxoides (difteria, tétanos), vacunas conjugadas de *Haemophilus influenzae* tipo b, vacuna neumocócica y vacunas recombinantes (hepatitis B) no están contraindicadas en estos niños. Las vacunas con virus vivos están, hasta el momento actual, contraindicadas. Es importante, sin embargo, vacunar contra la varicela a todas las personas susceptibles que conviven con el enfermo (1).

SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO DEL LACTANTE CON CARDIOPATIA CONGENITA

EL NIÑO CARDIÓPATA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

El pediatra cada vez tiene más relación con niños afectados de cardiopatías. Las cardiopatías congénitas aparecen en aproximadamente el 1% de los recién nacidos vivos. Estos pacientes no deben quedar limitados en exclusiva al ámbito de la pediatría/cardiología hospitalaria, sino ser una responsabilidad compartida y sincronizada entre los profesionales hos-

pitalarios y los de atención primaria. La importancia del pediatra radica en:

- Suele ser el primero en identificar un problema cardiaco.
- Tiene la responsabilidad de ofrecer la primera información a los padres.
- Debe efectuar un seguimiento coordinado con el cardiólogo del niño cardiópata.

La mayoría de los niños afectados de cardiopatía congénita tiene las mismas necesidades de cuidados pediátricos que otros niños sin enfermedades cardíacas, con la precaución adicional de la profilaxis anti-endocarditis y de un interrogatorio cardiológico dirigido y una exploración cardiovascular más completa en las revisiones periódicas. Los pediatras asumen la responsabilidad, junto con los cardiólogos pediátricos, de proporcionar a estos pacientes una atención médica global, evitando así que niños con enfermedades crónicas reciban una escasa asistencia primaria (4).

MANEJO PEDIÁTRICO GENERAL

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta son los siguientes (5):

1. Desarrollo corporal: El peso suele afectarse más que la talla. La alteración hemodinámica conduce a un crecimiento insuficiente. El seguimiento del percentil de peso nos indicará la repercusión que la cardiopatía está teniendo en el niño. El control del desarrollo corporal es impor-

tante, ya que la época de la lactancia es un período fundamental para el crecimiento de muchos órganos vitales como el cerebro e hígado y se debe mantener un crecimiento adecuado si se quiere que estos niños tengan una calidad de vida aceptable cuando lleguen a adultos. Por ello, la presencia de un retraso del crecimiento es indicación de un estudio y tratamiento más activos. El tratamiento puede comprender medicación descongestiva, suplemento calórico o cirugía.

2. Alimentación: La leche de mujer constituye la mejor alimentación del niño cardiópata (concentración baja de sodio, mejor absorción de hierro). La madre puede combinar la lactancia materna con las tomas de biberón, e incluso administrar leche materna extraída con sacaleches a través del biberón, para que así otros miembros de la familia puedan ayudar a dar las tomas (6), ya que la alimentación del lactante afecto de una cardiopatía congénita consume muchas horas al día, lo que llega a ser agotador para el adulto responsable de su cuidado. Pueden ser necesarios suplementos de hierro en caso de anemia o en portadores de cardiopatías que cursan con hipoxemia (a excepción de niños poliglobúlicos). Las indicaciones de suplementos vitamínicos y flúor son las mismas que en los niños sin enfermedades cardíacas. Debemos ser flexibles en el horario de las tomas. A veces se requieren tomas de menor volumen (para evitar el cansancio con la toma), pero más frecuentes. En los lactantes con insuficiencia cardíaca, se debe introducir precozmente la alimentación con cuchara, ya que requiere un menor esfuerzo por parte del niño que la succión del biberón. Como norma general, se aconsejará una dieta pobre en sal. Podemos aumentar el aporte calórico (muy útil en lactantes) mediante suplementos de grasas (triglicéridos de cadena media) e hidratos de carbono (se utilizan sobre todo dextrinomasas). In-

tentaremos aportar al menos 150 Kcal/kg/día en los primeros meses de vida. La sonda nasogástrica puede hacerse necesaria en algunos lactantes. Pueden llevarla a domicilio (algunas pueden llevarse semanas).

3. Prevención de enfermedades infecciosas: es fundamental que los padres conozcan la importancia de la profilaxis antiendocarditis. Debemos prevenir su aparición, por lo que hay que insistir en la higiene bucal, en los cuidados de la piel, evitar el estreñimiento (traumatismos sobre la mucosa rectal, sangrados). Las hemorroides sangrantes deben recibir profilaxis antibiótica.

En cardiopatas con cuadro febril de origen no filiado es preciso un alto índice de sospecha de endocarditis, ya que la sintomatología puede ser inespecífica. La prueba diagnóstica fundamental es el hemocultivo. Ante la sospecha de endocarditis es preciso el ingreso hospitalario del paciente.

4. Atención odontológica: con frecuencia se interpreta que la necesidad de profilaxis antibiótica significa que las intervenciones odontológicas son peligrosas. No es así. Se aconsejan revisiones periódicas por el dentista. La higiene dentaria sistemática, con una profilaxis correcta, puede evitar enfermedades odontológicas graves y bacteriemias peligrosas. Es importante concienciar a la familia sobre la importancia de los cuidados dentales ya desde la época de lactante (evitar que el niño se acostumbre a dormir con el biberón en la boca, no impregnar el chupete con sustancias azucaradas, etc).

5. Vacunaciones: Como ya referimos, la presencia de una cardiopatía congénita no es contraindicación para seguir el calendario vacunal y otras vacunas adicionales (ver apartado de "Inmunizaciones").

6. Asplenia y síndrome de DiGeorge: algunos enfermos con cardiopatías congénitas tienen inmunodeficiencias asocia-

das. Los pacientes con asplenia necesitan profilaxis antibiótica diaria. Se vacunarán frente a *Haemophilus Influenzae*, *Streptococcus Pneumoniae* y *Meningococo A+C*.

7. Otras enfermedades (anemia, fiebre, infecciones respiratorias): efectuaremos por lo general un tratamiento más agresivo. Las infecciones respiratorias en la insuficiencia cardíaca congestiva pueden descompensar al enfermo, ya que alteran aún más la relación ventilación-perfusión. La fiebre sin foco requiere un estudio más agresivo que en otros enfermos, ya que podemos estar ante una endocarditis bacteriana. Además la fiebre aumenta las necesidades metabólicas, pudiendo precipitar la descompensación miocárdica. A veces, aunque se sospeche una etiología vírica, es recomendable la utilización de antibióticos en todo enfermo febril agudo, una vez localizado el foco infeccioso y se hayan efectuado los cultivos necesarios, hasta recibir el resultado de los mismos.

La anemia es mal tolerada por los cardiopatas, y está justificada la transfusión de concentrados de hematíes en algunos casos con cifras de hemoglobina de hasta 10 g/l. En aquellos que toman digitálicos o diuréticos pueden ser catastróficas las alteraciones hidroelectrolíticas de una gastroenteritis. En pacientes cianóticos, policitémicos, la disminución del volumen intravascular puede favorecer fenómenos tromboembólicos

8. Consecuencias psicosociales: el diagnóstico de cardiopatía congénita tiene un importante impacto psicológico y social, tanto en el enfermo (en caso de niños mayores) como en su familia. Esas consecuencias suelen repercutir en el médico de cabecera, a causa de su relación con la familia, su participación en el diagnóstico inicial de la anomalía, de los cuidados que ejerce sobre otros miembros de la familia y de sus conocimientos de las po-

sibilidades sociales y psiquiátricas del entorno. Cuando en un niño se diagnostica una cardiopatía, los padres van a cambiar su conducta con relación a él, y este cambio suele ser independiente de la gravedad de la enfermedad. El Pediatra prestará apoyo psicológico a la familia, además de preocuparse de que los aspectos económicos queden cubiertos en la medida de lo posible (desplazamientos, absentismo laboral, estancia con su hijo/a en el hospital...). Es importante poner a los padres en contacto con organizaciones de apoyo, como p. ej. “Menudos Corazones” (Fundación de ayuda a los niños con problemas de corazón), que podemos contactar en <http://www.menudoscrazones.org>.

9. Ejercicio físico: Es el niño quien decide hasta qué punto de ejercicio puede llegar. No se le presionará para continuar el ejercicio más allá de su tolerancia. La mayoría de los niños con una cardiopatía no necesitan disminuir su actividad física y deben tener un informe que especifique claramente que pueden participar en juegos, dejando a su voluntad los ejercicios físicos.

10. Uso de fármacos no cardioactivos: no hay problemas en general. Precaución con los betaestimulantes en Fallot y afines, y en la insuficiencia cardíaca congestiva con taquicardia mantenida. No olvidar preguntar si el niño está en tratamiento con betabloqueantes. En caso de riesgo de hipovolemia (vómitos incoercibles, diarrea) hay que valorar disminuir la dosis o suspender temporalmente los diuréticos.

11. Consejo genético: la posible repetición de las cardiopatías congénitas constituye una importante preocupación para los padres con un hijo en esta situación y para las madres gestantes afectas de cardiopatía congénita. Debemos estar preparados para contestar a las preguntas planteadas. El estudio ecográfico prenatal ha mejorado de forma significativa en los últimos años.

12. Consejo para los viajes: todos los enfermos deberán llevar consigo un informe con su diagnóstico, medicamentos y dosis de los mismos. En ocasiones, en pacientes con importante cianosis que viajen en avión tendremos que advertir de la necesidad de oxígeno suplementario durante el vuelo (7).

13. Recomendaciones sobre intervenciones quirúrgicas no cardíacas: es aconsejable que todo enfermo con una cardiopatía congénita sea visto por un cardiólogo pediátrico antes de cualquier intervención quirúrgica. En la mayoría de los pacientes con una cardiopatía leve o con malformaciones cardíacas corregidas satisfactoriamente existe el mismo riesgo quirúrgico que en la población general.

14. Desarrollo psicomotor: en algunos niños que han sido sometidos a cirugía extracorpórea puede haber secuelas neurológicas, por lo que debemos tener un elevado índice de sospecha y efectuar una exploración neurológica especialmente detallada en estos niños al efectuar las revisiones periódicas de salud infantil. También es importante revisar de forma específica la audición.

MANEJO CARDIOLÓGICO

1. Profilaxis de endocarditis bacteriana: la mayoría de las cardiopatías congénitas y valvulares necesitan profilaxis. Exceptuamos la CIA ostium secundum aislado, el retorno venoso pulmonar anómalo parcial, la estenosis pulmonar leve, el prolapso mitral leve y los marcapasos. Seguiremos las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología en su Guía de Práctica Clínica en endocarditis (8) (www.secardiologia.es) y la American Heart Association (9).

2. Uso de fármacos cardioactivos (digital, diuréticos, vasodilatadores, antiarrítmicos): el pediatra puede y debe establecer cambios terapéuticos cuando el caso

lo requiera. Cuidado con la intoxicación digitalica y con aquellos factores que pueden precipitarla. Cuidado con los diuréticos y sus efectos secundarios. Cuidado con los efectos arritmogénicos de los fármacos antiarrítmicos. Ante cualquier duda el contacto telefónico con el cardiólogo infantil será la solución.

3. Establecimiento de indicaciones terapéuticas: el pediatra puede ser el primero en detectar cambios clínicos significativos en el niño cardiopata que obliguen a indicar procedimientos quirúrgicos o intervencionistas antes de lo previsto. Una buena coordinación con el centro cardiológico de referencia es importante para evitar demoras.

4. Cuidado preoperatorio del niño cardiopata: constituye un aspecto de la mayor importancia dentro del tratamiento global. Con ello se intenta que las condiciones sean las más favorables para superar el trauma quirúrgico. Hay que intentar un buen mantenimiento hidroelectrolítico, un buen balance energético, correcto calendario vacunal, etc.

5. Cuidados postoperatorios: es importante volver a la normalidad lo antes posible. Se aconseja una vuelta a la actividad física normal cuanto antes. Debemos evitar la ansiedad ante las cicatrices, y favorecer el cuidado estético de las mismas. Estar atentos a posibles complicaciones tardías (pericarditis, arritmias, insuficiencia cardíaca residual). Es importante comprobar la realización del screening de metabopatías en aquellos recién nacidos intervenidos de forma urgente en el periodo neonatal y proporcionar analgesia adecuada durante al menos la primera semana tras al alta (10).

HABLANDO CON LOS PADRES....

Hay una serie de preguntas que con frecuencia nos plantean los padres. Algunas veces no se atreven a hacer determinadas

preguntas al cardiólogo y las harán al pediatra, a quien ven como a alguien más cercano y que conoce más, en el día a día, a su hijo.

¿Por qué tiene mi hijo una cardiopatía?

No hay una causa conocida. Hay que tranquilizar a la madre que no fue por nada que hiciera en el embarazo (comer determinados alimentos, por un disgusto, etc), y que no había manera de haberlo evitado (haciendo más controles de embarazo, no trabajando,...). Hay que quitarles el sentimiento de culpa que acarrea la presencia de una malformación.

¿Estará muy enfermo y no podrá correr ni ir al colegio?

Por suerte, la mayoría de los cardiópatas tienen una infancia normal tras ser reparado su problema.

¿El “fallo cardiaco” significa que se le va a parar de golpe el corazón?

Debemos aclararles que la mayoría de los cardiópatas no sufren eventos graves agudos, y que los síntomas suelen ser progresivos. Y que generalmente las revisiones periódicas están para detectar estos problemas antes de que se hagan muy evidentes.

¿Podré tener otros hijos sanos?

Cuando se tiene un hijo con una cardiopatía congénita, el riesgo de tener un problema similar en gestaciones subsiguientes es algo mayor que en la población general. No obstante, para la mayoría de las parejas el riesgo no es mayor del 3% (aproximadamente 1 de 30) y por tanto es un riesgo pequeño. El cardiólogo podrá concretar si en esa familia específica el riesgo es mayor (que no olviden preguntarlo en la siguiente revisión hospitalaria).

¿Hacen falta cuidados especiales hasta que operen a mi hijo?

Lo más importante es recordar que no debemos permitir que el niño se crea más “delicado” y por tanto diferente de otros niños. La mayoría de los niños con pro-

blemas cardiacos llevan vidas normales y están escolarizados.

La madres a veces se preocupan de si el llanto intenso del bebé puede dañar al corazón. Debemos aclararles que no, y que deben ser tratados en ese aspecto como cualquier otro niño.

¿Qué debo decirle a mi hijo?

Los niños afectos de cardiopatías que les limitan al ejercicio se dan cuenta pronto de que son un poco diferentes que sus compañeros, y viven felizmente dentro de sus limitaciones. Es mejor darles una explicación simple de lo que ocurre, en lugar de dejar que sea su imaginación la que dé respuesta a lo que perciben, ya que lo que imaginan a menudo es mucho peor que la realidad. Cuando van a ingresar para algún procedimiento hay que darles un explicación previa, que puedan entender y disipe sus miedos. Los niños necesitan entender qué es lo que les está pasando y no es aconsejable intentar protegerles de todo lo que está ocurriendo a su alrededor.

¿Es peligroso el cateterismo cardíaco?

El niño que precisa un cateterismo cardíaco tiene generalmente una patología cardíaca importante. El procedimiento, que puede ser diagnóstico o terapéutico, es poco molesto (se hace siempre con anestesia general), precisa sólo de 2 días de ingreso hospitalario, la mortalidad es baja (inferior al 1% salvo en neonatos muy enfermos) y los riesgos son pequeños.

BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Vacunas en Pediatría. Comité Asesor de Vacunas A.E.P. 2ª edición. Madrid 2001.
2. American Academy of Pediatrics. Indicaciones revisadas para el uso de palivizumab e inmunoglobulina intravenosa específica para la prevención de las infecciones por

- el virus sincitial respiratorio. Committee on Infectious Diseases y Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics (Ed. esp) 2003;56(6):360-4.
3. American Academy of Pediatrics. Respiratory Syncytial Virus. In: Pickering, LK, 26th ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases:526.
 4. Young PC, Shyr Y, Schork A. Papel del médico de asistencia primaria en el cuidado de los niños con una cardiopatía grave. Pediatrics (ed. esp.) 1994;38(3):142-8.
 5. Picazo-Angelin B, García-Peña R. Cardiología Pediátrica en Atención Primaria. VI Jornadas de Pediatras de Atención Primaria. Marbella 22 y 23 de febrero 2002.
 6. Ask the Pediatric Cardiologist-Feeding Your Infant with Congenital Heart Disease. Children: Heart Disease & Health. Página web de la American Heart Association (<http://www.americanheart.com>).
 7. Rosenkranz E. Caring for the former pediatric cardiac surgery patient. Pediatr Clin North Am 1998 Aug;45(4):907-41.
 8. Vallés F. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. Rev Esp Cardiol 2000;53:1384-1396.
 9. Dajani el al. Prevention of bacterial endocarditis-Recomendations by the AmericanHeartAssociation(online).
 10. Torre Rodríguez I. Problemas del niño con cardiopatía. La visión del pediatra. Bol Pediatr 2003;43:122-4.

<http://www.americanheart.org/Scientific/statements>.