



CARTAS AL EDITOR

Comentarios de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas sobre las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología relativas al cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal



Comments by the Spanish Society for Paediatric Cardiology and Congenital Heart diseases on the recommendations by the Spanish Neonatology Society as regards screening for critical congenital heart diseases in the neonatal period

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología sobre el cribado neonatal de cardiopatías congénitas críticas (CCC)¹. Tal y como señalan los autores la pulsioximetría es un excelente método para detectar CCC que cursen con hipoxemia en el periodo neonatal, con una moderada sensibilidad y alta especificidad. Actualmente la detección de las CCC en España se basa en la ecocardiografía fetal (tasa de detección 20% a > 90%, según los centros) y la exploración física. La combinación de ecografía fetal, exploración física y pulsioximetría ha demostrado una sensibilidad del 82,8-92%². De hecho, la pulsioximetría actualmente es de obligada aplicación en un número importante de estados en EE.UU. y varios países europeos lo recomiendan³.

Dicho esto, desde la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas (SECPC), nos gustaría aportar algunos comentarios:

- Dado que el objetivo es la detección de hipoxemia, no todas las cardiopatías congénitas serán igualmente detectables. Es más, es importante que los profesionales y las familias entiendan que otras cardiopatías relevantes como la obstrucción al flujo aórtico (p. ej., coartación de aorta) pueden no ser detectadas mediante este cribado (tabla)⁴. Por este motivo, queremos incidir en que

Tabla Cardiopatías congénitas críticas detectables por el cribado

Cardiopatías habitualmente detectables con el cribado (cursan casi siempre con hipoxemia)

Transposición de grandes arterias
Truncus arteriosus
Drenaje venoso pulmonar anómalo total
Atresia tricúspide
Atresia pulmonar
Tetralogía de Fallot grave

Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico

Cardiopatías que podrían ser detectadas con el cribado (cursan casi siempre con hipoxemia neonatal, pero de menor grado que las previas)

Coartación de aorta grave con ductus permeable
Interrupción del arco aórtico
Anomalía de Ebstein
Ventrículo derecho de doble salida
Cardiopatías con fisiología de ventrículo único

Cardiopatías que podrían ocasionalmente ser detectadas con el cribado (potencialmente pueden cursar con hipoxemia neonatal, no siempre)

Estenosis aórtica ductus dependiente
Estenosis valvular pulmonar de grado severo
Canal auriculoventricular completo

Cardiopatías que no pueden ser detectadas con el cribado (habitualmente no cursan hipoxemia en el periodo neonatal)

Coartación de aorta no ductus dependiente
Enfermedad de Ebstein sin cortocircuito
Estenosis valvular aórtica no ductus dependiente
Cardiopatías con cortocircuito izquierda-derecha

la exploración física, es una práctica insustituible en el periodo neonatal inmediato.

- Como bien apuntan los autores existe cierta discrepancia sobre el momento óptimo de su aplicación, buscando una relación óptima entre falsos positivos, eficacia diagnóstica y cumplimiento del protocolo. Es de resaltar que en los países en los que el cribado pasa de ser una recomendación a una prueba de obligado cumplimiento se valora no solo el por qué sino el cómo, ya que se debe garantizar el acceso equitativo y universal a todos los recién nacidos. Esto puede suponer un problema en muchos centros de nuestro país a lo largo de todos los días del año. También las autoridades sanitarias deberían tener en

cuenta la disponibilidad de equipamiento específico para este uso.

- Un cribado positivo obligará a una valoración clínica urgente, idealmente por un neonatólogo, y excluidas las causas extracardiacas se requerirá la evaluación por un cardiólogo infantil y posiblemente una ecocardiografía. Por tanto, creemos conveniente coordinar entre representantes de ambas sociedades las recomendaciones a seguir después de la evaluación clínica, incluyendo el manejo durante el traslado posterior, si fuera necesario. El papel del test de hiperoxia, discutible ante una sospecha de cardiopatía ductus dependiente, y el tratamiento con perfusión de prostaglandinas son puntos a debatir y concretar.

En resumen, la propuesta cumple los criterios clásicos de la OMS de Wilson-Jungner, que determinan las características de la enfermedad y de la prueba a utilizar para incluirla como cribado neonatal, tiene una alta especificidad, moderada sensibilidad y es coste-efectivo⁵, pero habría que asegurar su viabilidad en nuestro medio. Es indudable que puede suponer una mejora en la asistencia neonatal, especialmente en los centros con menor implantación de detección prenatal de cardiopatías o en gestaciones con mal control del embarazo. La SECPC, a través de su grupo de trabajo de cardiología clínica, apoya su desarrollo para valorar su inclusión como método de cribado universal en nuestro país.

Bibliografía

1. Sánchez Luna M, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al., en representación del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal. Recomendación de la Sociedad Española de Neonatología. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:112.e1-6.
2. Valmari P. Should pulse oximetry be used to screen for congenital heart disease? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2007;92:F219-24.
3. Ewer AK, Granelli AD, Sanchez Luna M, Martin G. Pulse oximetry for congenital heart defects. *The Lancet*. 2013;7:856-7.
4. Engel MS, Kochilas LK. Pulse oximetry screening: A review of diagnosing critical congenital heart disease in newborns. *Med Devices (Auckl)*. 2016;9:199-203.
5. Plana MN, Zamora J, Suresh G, Fernandez-Pineda L, Thanagaratnam S, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects (Review). *Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD011912. DOI: 10.1002/14651858.CD011912.pub2.

Javier Pérez-Lescure Picarzo^{a,e,*},
Fernando Rueda Nuñez^{b,e}, Fernando Centeno Malfaz^{c,f}
y Henar Rojo Sombrero^{d,f}

^a Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Unidad de Cardiología Infantil, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^c Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^d Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^e Junta Directiva Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas

^f Grupo de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjpllescure@fhacorcon.es
(J. Pérez-Lescure Picarzo).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.008>
1695-4033/

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Representación femenina en las juntas directivas de las asociaciones y sociedades de Pediatría en España



Female representation on boards of directors of paediatrics associations and societies in Spain

Sr. Editor:

El pasado 8 de marzo tuvo lugar la primera huelga feminista en España¹ y, dada la generalizada menor representatividad de las mujeres en los cargos de poder de nuestra sociedad general y científica, consecuencia del fenómeno *techos de cristal*², hemos querido analizar la composición por sexo

de las Juntas Directivas de las Asociaciones y Sociedades de Pediatría en España.

Los miembros de las Juntas Directivas de las Asociaciones y Sociedades de Pediatría fueron obtenidos desde sus páginas webs, consultadas el día 22 de abril 2018. Se obtuvo el sexo de los cargos de la presidencia, vicepresidencia (en caso de haber más de una vicepresidencia, se eligió la vicepresidencia primera o de especialidad o de la primera provincia que aparecía, en ese orden), secretaria y tesorería, de 54 asociaciones y sociedades (tabla 1).

De los 200 cargos analizados, 101 (50,5%) son ocupados por hombres y 99 (49,5%) por mujeres. La presidencia la desempeñan hombres en 32 de las 54 entidades analizadas (59,3%) y mujeres en 22 (40,7%). Las entidades de ámbito nacional tienen mayor tendencia a la paridad en sus presidencias, siendo mayor el porcentaje de cargos de