

Formulario de evaluación de riesgo cardíaco pediátrico



Complete este formulario para todos los niños (participantes atléticos o no) a partir de los 6 años de edad, momento en que la Academia Americana de Pediatría recomienda comenzar con exámenes de preparticipación (PPE). Debe completarse cada 3 años, como mínimo, incluso al ingresar a la escuela media y secundaria. Según las preocupaciones de la familia o el proveedor de atención médica, podría ser adecuado evaluar al paciente antes o con mayor frecuencia.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Persona que completa el formulario: _____

Fecha: _____

Preguntas sobre síntomas:	Sí	No	No está seguro
Tú (el paciente), ¿alguna vez te has desmayado, perdido la conciencia o tenido convulsiones repentinamente, sin causa aparente y sin preaviso?			
De ser así, ¿fue mientras hacías ejercicio o en respuesta a un ruido fuerte repentino, como el timbre de una puerta, la alarma de un reloj o un teléfono que sonó?			
Tú (el paciente), ¿alguna vez has tenido alguno de los siguientes mientras hacías ejercicio ? 1. Dolor de pecho relacionado con el ejercicio, particularmente, dolor que parecía presión y que no ocurría en reposo. 2. Dificultad para respirar inusual o extrema mientras hacías ejercicio, que no se explica por tener asma.			
Antecedentes familiares:	Sí	No	No está seguro
¿Algún miembro de la familia inmediata (incluir a los padres o hermanos del paciente) murió antes de los 50 años por problemas del corazón, o repentina e inesperadamente? <i>Incluso si fue por ahogo, en el sueño, por muerte súbita infantil o en un accidente automovilístico sin explicación y mientras manejaba.</i>			
¿Algún miembro de la familia inmediata (padres o hermanos del paciente) tiene alguna de las siguientes afecciones?			
<input type="checkbox"/> Miocardiopatía hipertrófica o miocardiopatía hipertrófica obstructiva (HCM/HOCM) <input type="checkbox"/> Síndrome de QT largo (LQTS) o síndrome de QT corto <input type="checkbox"/> Síndrome de marfan o síndrome de Loey-Dietz <input type="checkbox"/> Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ACM) <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT) <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada (BrS) <input type="checkbox"/> ¿Alguno menor de 50 años tiene un marcapasos o desfibrilador implantable? <input type="checkbox"/> No tengo ningún miembro conocido de mi familia inmediata con una de las afecciones anteriores.			
Si alguna respuesta es "sí", explique aquí en mayor detalle:			

DECLARACIÓN DEL PROPÓSITO DE USO DEL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO
CARDÍACO PEDIÁTRICO
Información para proveedores

El formulario de evaluación de riesgo cardíaco pediátrico se creó con el fin de identificar a pacientes/familias con riesgo de paro cardíaco repentino debido a la presencia de un trastorno cardíaco subyacente. Fue creado inicialmente mediante la colaboración de varias organizaciones para identificar los signos y síntomas de advertencia en el paciente y la familia y los posibles hallazgos físicos que podrían alertar al proveedor de atención médica de la presencia de uno de estos trastornos cardíacos.

Las versiones anteriores de este formulario fueron relativamente largas y creadas basándose en las pautas para la preparticipación (deportes/atletismo) publicadas. Con un enfoque como ese, se puede tender a detectar hallazgos cardíacos insignificantes. Además, hay nueva literatura científica publicada acerca de la evaluación de riesgo cardíaco de una manera más adecuadamente centrada en todos los niños, independientemente de su participación atlética. Buscamos, por lo tanto, simplificar las preguntas de evaluación recomendadas a fin de enfocarnos en las que más probablemente identifiquen los pacientes afectados por trastornos cardíacos que podrían predisponerlos a un paro cardíaco repentino. Esas preguntas son modificaciones de las que se presentan en la siguiente publicación reciente:

Erickson CC, Salerno JC, Berger S, et al. Sudden Death in the Young: Information for the Primary Care Provider. *Pediatrics*. 2021;148(1):e2021052044. doi:10.1542/peds.2021-052044

Este artículo incluye mucha información útil destinada al proveedor de atención médica primaria. Por ejemplo, incluye una tabla (que se muestra abajo) que distingue el dolor de pecho benigno (“típico”) de síntomas más preocupantes, y que podría ayudar al proveedor a dar tranquilidad o a iniciar una remisión:

Características del dolor de pecho “típico”

Agudo
Focal “duele justo aquí”
“Breve”
Cambia con la posición
En el lado derecho (podría ser el izquierdo)
Cambia con la respiración
Puede inducirse dolor leve al palpar o ejercer presión sobre el área

De Erickson et al, Sudden Death in the Young: Information for the Primary Care Provider. *Pediatrics*. 2021.

Características del dolor de pecho “atípico”

Presión sobre el esternón o lado izquierdo del pecho
Puede irradiarse hacia el cuello o al brazo izquierdo
Diaforesis asociada
Disnea asociada
Náuseas asociadas
Síncope asociado
Aparece con el ejercicio, esfuerzo o estrés (a menos que las características del dolor de pecho típico estén presentes)

Para llenar el formulario se requiere información completa y correcta de las familias. La respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas debería típicamente llevar a una remisión a fin de obtener una evaluación cardíaca integral. Respaldamos el uso del criterio clínico al analizar las respuestas positivas (o negativas) y la necesidad de emitir una remisión, y contestaremos con gusto las preguntas en general sobre las recomendaciones o las preocupaciones específicas en relación con el paciente.

También podrían interesarle otros artículos que proveen mayor detalle sobre el paro cardíaco repentino pediátrico, así como las pautas de la Asociación Estadounidense del Corazón para la preparticipación. A continuación, se detallan publicaciones selectas:

1. Maron, BJ, Friedman, RA, Kligfield, P, et al. Assessment of the 12-lead ECG as a screening test for detection of cardiovascular disease in health general populations of young people (12-25 years of age): A scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*. 2014;130:1303-1334.
2. Campbell RM, Berger S, Ackerman MJ. Pediatric sudden cardiac arrest. *Pediatrics*. 2012;129(4):e1094-e1102. doi:10.1542/peds.2012-0144
3. Dalal A, Czosek RJ, Kovach J, von Alvensleben JC, Valdes S, Ethridge SP, Ackerman MJ, Auld D, Huckaby J, McCracken C, Campbell R. Clinical Presentation of Pediatric Patients at Risk for Sudden Cardiac arrest. *J Pediatr*. 2016 Oct;177:191-6.