

logía subyacente⁽⁶⁾. Por tanto, nos parece innecesario el estudio hemodinámico realizado en este paciente durante la fase aguda de la enfermedad al ser un procedimiento costoso, no libre de riesgos y, sobre todo, porque no modificó la actitud terapéutica ni el seguimiento.

Bibliografía

- 1 Cabrera A, Pérez de Saracho M, Alcibar J, Pastor E, Galdeano JM, Rumoroso JR, Sojo A. Enfermedad de Kawasaki con aneurisma coronario bilateral precoz. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:389-390.
- 2 Takahashi M, Mason W, Lewis AB. Regresión de aneurismas coronarios en pacientes con síndrome de Kawasaki. *Circulation* 1987; **75**:387-394.
- 3 Akagi T, Rose V, Benon LN, Newman A, Freedom RM. Outcome of

coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr* 1992; **121**:689-694.

- 4 Dajani A, Taubert K, Takashami M, Bierman FZ, Freed MD, Ferrieri P, Gerber M, Shulman ST, Karchmer AW, Wilson W, Peter G, Durack DT, Rahimtoola SH. Guidelines for long-term management of patients with Kawasaki disease. *Circulation* 1994; **89**:916-922.
- 5 Kitamura S, Kameda Y, Seki T, Kawachi K, Endo M, Takeuchi Y, Kawasaki T, Kawashima Y. Long-term outcome of miocardial revascularization in patients with Kawasaki coronary artery disease. A multicenter cooperative study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; **107**:663-674.
- 6 Castillo JA, Girona JM, Zabala JJ, Maroto C. Indicaciones del cateterismo cardíaco en niños. En: Normas de Actuación Clínica en Cardiología. Sociedad Española de Cardiología, 1996:455-458.

A. Cabrera, M. Pérez de Saracho,
J. Alcibar, E. Pastor, J.M. Galdeano,
J.R. Rumoroso, A. Sojo

An Esp Pediatr 1998;48:100-101.

Sr. Director:

El Dr. Zabala y cols. realizan varios comentarios a nuestro artículo «Enfermedad de Kawasaki con aneurisma coronario bilateral precoz», haciendo mención especial sobre la indicación hemodinámica. La enfermedad de Kawasaki presenta una vasculitis y en casos genera aneurismas coronarios que pueden regresar tras tratamiento con inmunoglobulina y aspirina a altas dosis como ha comprobado tras la revisión de 2.811 artículos Durongpitskul⁽¹⁾. Es sabido que esta enfermedad reduce la actividad fibrinolítica pero sólo debe darse anticoagulantes o fibrinolíticos si se comprueba la existencia de trombosis, infarto de miocardio⁽²⁻⁴⁾ o estenosis coronarias. El incremento de la actividad plaquetaria o el nivel B tromboglobina mejoran con la aspirina. Efectivamente, el diagnóstico se realizó inicialmente en nuestro caso por resonancia (una técnica poco utilizada en esta patología y todavía en estudio) y por ecocardiografía. Esta última con alta sensibilidad, 94,9-97%^(6,7), y especificidad, 81,9-97%⁽⁶⁻⁸⁾, para la zona proximal de las coronarias, no para los aneurismas distales como lo demuestra el hecho que a la mayoría de pacientes con aneurismas estudiados con eco se le verificó posteriormente cateterismo⁽⁵⁻⁸⁾.

En el estudio de Akagi⁽⁵⁾ a 32 pacientes con aneurisma (40% del total) se le realizó coronariografía. Este autor considera las limitaciones del estudio ecocardiográfico y su menor sensi-

Réplica

bilidad con respecto a la coronariografía para el estudio de las zonas distales. Por ello, apoya la valoración con pruebas de esfuerzo, estrés, resonancia, PET y finalmente coronariografía. Igualmente, duda de la futura regresión. Ideas similares son expuestas por la comisión de la American Heart Association⁽⁹⁾ en su primera página al considerar las limitaciones de la ecocardiografía y consideran que la coronariografía da más información. No obstante, determinan las proyecciones ecocardiográficas adecuadas para cada coronaria a nivel proximal o distal. En su discusión en niveles de riesgo para indicar coronariografía dicen: Nivel IV con aneurisma único o múltiple sin obstrucción es preferible estudiarlo con coronariografía. Finalmente afirma: la trombólisis está indicada si existe infarto, trombosis o estenosis severa. En los últimos años se ha comprobado como pacientes que han padecido la enfermedad y posteriormente presentaban coronarias normales o aneurismas en regresión total, padecían infartos de miocardio en edad juvenil o adulta⁽¹⁰⁾. El último año se han publicado varios estudios con pruebas de estrés con dobutamina⁽¹¹⁾ o con PET⁽¹²⁾ en pacientes con coronarias normales donde se demostraba la existencia de estenosis no visibles con Eco o con coronariografía. Estos pacientes presentaban una disminución de la reserva coronaria con incremento de la resistencia al flujo. Por todo ello, creemos que hay que ser cauto a la hora del estudio de estos pacientes y no despreciar información.

Los últimos comentarios no son aplicables a grupos con gran experiencia.

Correspondencia: Dr. Alberto Cabrera y cols. Cardiología Pediátrica. Alameda de Recalde, 35B-2D. 48011 Bilbao.

Bibliografía

- 1 Durongpisitkul K, Gururaj V, Park JM, Martin CF. The prevention of coronary artery aneurysm in Kawasaki disease: A meta-analysis on the efficacy of aspirin and immunoglobulin treatment. *Pediatrics* 1995; **96**:1057-1061.
- 2 Burt DM, Pollack P, Bianco JA. Intravenous streptokinase in a infant with Kawasaki's disease complicated by acute myocardial infarction. *Pediatr Cardiol* 1986; **6**:307-311.
- 3 Suzuki A, Kamiya T, Ono Y, Kinoshita Y. Thrombolysis in the treatment of patients with Kawasaki disease. *Cardiol Young* 1993; **3**:207-215.
- 4 Tsubata S, Ichida F, Hamamichi Y, Miyazaki A, Hashimoto I, Okada T. Successful thrombolytic therapy using tissue-type plasminogen activator in Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol* 1995; **16**:186-189.
- 5 Akagi T, Rose V, Benson LN, Newman A, Freedom RM. Outcome of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr* 1992; **121**:689-694.
- 6 Yanagisawa M, Yano S, Shiraiishi H, Nakagima Y, Fujimoto T, Itoh K. Coronary aneurysms in Kawasaki disease follow up observation by two-dimensional echocardiography. *Pediatr Cardiol* 1985; **6**:11-16.
- 7 Suzuki A, Kamiya T, Kuwahara N, Ono Y, Kohata T, Takahashi O y cols. Coronary arterial lesion of Kawasaki disease: cardiac catheterization finding of 1,100 cases. *Pediatr Cardiol* 1986; **7**:3-9.
- 8 Suzuki A, Kamiya T, Ono Y, Kohata T, Okimo M. Myocardial ischemia in Kawasaki disease: follow-up study by cardiac catheterization and coronary angiography. *Pediatr Cardiol* 1988; **9**:1-5.
- 9 Dajani AS, Taubert KA, Takahashi M, Bierman FZ, Freed MD, Ferrieri M y cols. Guidelines for long-term management of patients with Kawasaki disease. *Circulation* 1994; **89**:916-922.
- 10 Burns J, Shike H, Gordon JB, Malhotra A, Schoenwetter M, Kawasaki T. Sequelae of Kawasaki disease in adolescents and young adults. *J Am Coll Cardiol* 1996; **28**:253-257.
- 11 Noto N, Ayusawa M, Karasawa K, Yamaguchi H, Sumitomo N, Okada T y cols. Dobutamine stress echocardiography for detection of coronary artery stenosis in children with Kawasaki disease. *J Am Coll Cardiol* 1996; **27**:1251-1256.
- 12 Muzik O, Paridon SM, Sing TP, Morrow WR, Daxanikli F, Di Carli MF. Quantification of myocardial blood flow reserve in children with a history of Kawasaki disease and normal coronary arteries using positron emission tomography. *J Am Coll Cardiol* 1996; **28**:757-762.

J. Casado Flores, M. Monleón,
M.A. García Teresa, M.J. Ruiz López,
A. Valdivielso

An Esp Pediatr 1998;48:101-102.

Sr. Director:

En los últimos años, en especial desde 1992, hemos asistido a una notable actividad orientada a normalizar técnicas, actitudes, fármacos, vías y dosis en la reanimación cardiopulmonar (RCP) en Pediatría⁽¹⁻³⁾.

No obstante, persisten dificultades intrínsecas por el hecho de moverse en amplios intervalos de edad en unas condiciones de máxima gravedad, en las que una valoración correcta del peso va a ser problemática, cuando no imposible, lo que implica amplio margen de error para el cálculo de las dosis.

Por otro lado, las dosificaciones vienen expresadas en mg o $\mu\text{g}/\text{kg}$, lo que añade un riesgo adicional de error al efectuar el cálculo y su traducción a ml de solución en unas condiciones de máximo estrés.

Nosotros hemos desarrollado una regla-resumen que facilita la RCP, automatizando las dosis y procedimientos.

Se trata de una regla plegada en formato de bolsillo, de 150 cm, que colocada debajo del paciente permite conocer el peso

Reanimación cardiopulmonar en pediatría. Método para automatizar dosis y procedimientos

estimado para la talla, la dosificación en ml que le corresponde de los fármacos habituales de RCP (adrenalina primera y sucesivas dosis, atropina, bicarbonato), el tamaño de tubo endotraqueal y la energía de desfibrilación (Fig. 1). Esta regla puede ser empleada en niños de edades comprendidas entre recién nacidos y 12 años.

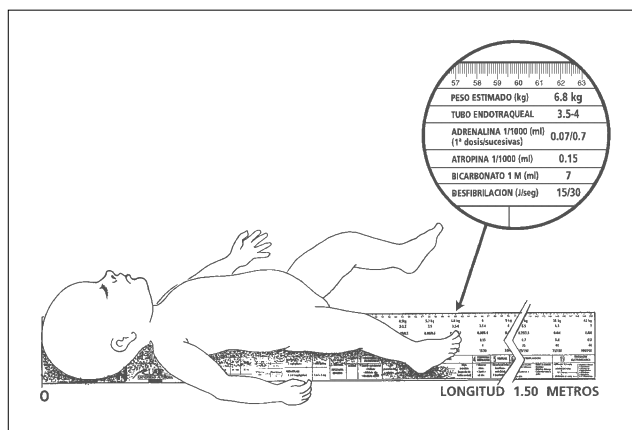


Figura 1.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital «Niño Jesús».
Universidad Autónoma. Madrid.

Correspondencia: J. Casado Flores. Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.