

Cardiología pediátrica en Uruguay 2005

Por Comité de Cardiología Pediátrica:

Dr. Pedro Chiesa (Secretario); Dr. Juan Carlos Gambetta (Prosecretario); Dra. Carla Papone (Tesorera); Dres. Javier Giudice, Yolanda Farré, Suci Dutra (Suplentes); Dres. Carlos Peluffo, Pedro Duhagon, Beatriz Cerutti, Jorge Morales, Pablo Carlevaro, Ignacio Ascione, Guillermo Pose, Diego Abdala (integrantes del Comité)

En el siglo XXI la medicina cardiovascular se orienta hacia la prevención -primaria y secundaria- y hacia la búsqueda de la estrategia óptima para resolver los términos de la ecuación que hace a la eficiencia de las diversas y siempre renovadas alternativas terapéuticas.

Las acciones preventivas, en lo que refiere a la edad pediátrica, incluyen tanto cardiopatías congénitas como adquiridas. Estas últimas constituyen un grupo heterogéneo, conformado por las enfermedades que se manifiestan clínicamente en este grupo etario y por las etapas iniciales, subclínicas, de aquellas que tendrán su expresión en el largo plazo.

Cuando estamos pensando en reformas de la salud es importante acotar las formulaciones de carácter demasiado general, por ejemplo cuando se habla de reasignar economías de la curación hacia la prevención y el seguimiento. Debe tenerse en cuenta que este concepto debe ser redefinido para cada área del quehacer médico en particular, sin por ello dejar de ver el escenario global. ¡No es necesariamente cierto que la asistencia de tercer nivel se contraponen o le quita recursos a la asistencia primaria en salud!

Las anomalías cardíacas congénitas son un buen ejemplo de los problemas que plantean aquellas afecciones que sólo pueden ser tratadas usando tecnología sofisticada y de alto costo, que implican intervenciones más o menos riesgosas, empleando cirugía cardíaca y/o procedimientos percutáneos (cateterismo terapéutico). En nuestro país, solamente las cardiopatías congénitas representan unos 450 nuevos pacientes cada año, de los cuales una tercera parte -por lo menos- requieren intervenciones en el primer año de vida. Se trata de un

conjunto de técnicas que responden a la definición de la Facultad de Medicina, como actos de “medicina altamente especializada”, cubiertos financieramente por el Fondo Nacional de Recursos. Sin la participación de dicho organismo no hubieran sido posibles los logros alcanzados en este tema durante los últimos veinte años, poniendo la asistencia del tercer nivel al alcance de todos los niños uruguayos con cardiopatías. En el marco legal realmente existente en nuestro país hasta hoy, han sido los IMAE privados los que han tomado a su cargo esta clase de actividad. La razón principal para que esto haya sido así es bastante simple. La necesaria concentración de recursos humanos y materiales -léase la experiencia, el equipamiento de alto costo inicial y los gastos de mantenimiento- no hubieran sido posibles en el ámbito público del Uruguay a la salida de la dictadura. ¡Basta recordar el increíblemente largo período de tiempo que tomó la reconstrucción del Centro Hospitalario Pereira Rossell!

En medicina cardiovascular la creciente subespecialización es un hecho consumado ⁽¹⁾. Este proceso ha ido en aumento a medida en que se hicieron más complejos los medios diagnósticos y terapéuticos, junto con la necesidad de optimizar la asistencia de los pacientes. Lo mismo ha ocurrido en cardiología pediátrica y en cirugía cardíaca, con los enormes beneficios que todos conocemos, pero también tendiendo a producir una fragmentación de la asistencia médica y rodeándose del riesgo -siempre presente- de producir una inducción de la demanda de efectuar procedimientos. La toma de decisiones a cargo de un equipo multidisciplinario, el monitoreo de los resultados y el esfuerzo por desarrollar normativas diagnósticas y terapéuticas basadas en la evidencia -no siempre posible, ni siquiera sencillo, en las afecciones congénitas dada su extrema variabilidad anatómica y la complejidad de los procedimientos terapéuticos ⁽²⁻⁵⁾- son parte del camino para paliar los efectos negativos que conlleva este proceso.

En las cardiopatías congénitas la prevención primaria tiene un lugar importante, pero relativamente reducido: vacunación antirubeólica*, alerta sobre los escasos agentes teratógenos conocidos, consejo genético acerca de las cardiopatías de transmisión hereditaria. Uruguay no cuenta con la legislación que autoriza a optar por la terminación del embarazo. En el estado actual de nuestros conocimientos la prevención secundaria, en cambio, resulta ser decisiva para lograr tratar con éxito estas afecciones. Dicho de otra manera, la detección temprana de la afección cardíaca sigue siendo el factor clave en esta área de la medicina. Y este aspecto del problema compete naturalmente y le confiere una relevancia extraordinaria a la asistencia de primer nivel: prenatal, neonatal y pediátrica. Por cierto sin olvidar el nivel de rehabilitación y seguimiento de los pacientes, que se prolonga en la edad adulta y exige la creación de nuevas estructuras asistenciales.

En lo que hace a las cardiopatías adquiridas, la prevención primaria se basa en la profilaxis de la fiebre reumática*, de la endocarditis infecciosa, el control de la presión arterial y de las dislipemias, en el marco de la prevención de enfermedades cardiovasculares que se inician en la edad pediátrica y se manifiestan en el adulto, como por ejemplo la aterosclerosis.

El pediatra, en el primer nivel de atención en el control del niño sano, se encuentra en un lugar privilegiado para la promoción de la salud cardiovascular⁽⁶⁾. Es importante la promoción de un hábito de vida saludable, el manejo de los factores de riesgo cardiovascular en niños tales como prevención de: obesidad, hipertensión, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, diabetes y hábitos alimentarios inadecuados con la derivación oportuna para su tratamiento interdisciplinario integrado por el cardiólogo, nefrólogos, endocrinólogos y nutricionistas pediatras.

Se debe destacar que la prevención de la aterosclerosis requiere acciones de bajo costo y de gran efectividad en contraposición con los costos elevados requeridos para la prevención secundaria y tratamiento de las complicaciones en el adulto.

La cardiopatía rubeólica puede considerarse erradicada de nuestro país; no debemos olvidar que la FR sigue siendo la principal causa de cardiopatías adquiridas en niños y jóvenes en gran parte del planeta Tierra, registrándose actualmente un rebrote en Uruguay.