



¿Quo vadis, Cardiología Pediátrica?

El 11 de enero de 1936, es decir, hace cincuenta años, fue creado el Servicio de Cardiología del Hospital de Niños de Buenos Aires por la Sociedad de Beneficencia de la Capital, con la dirección del Dr. Martín R. Arana y la subjeftatura del Dr. Rodolfo Kreutzer. Dicho centro asistencial, uno de los más antiguos del mundo en el tema, fue desde su comienzo el lugar de referencia en nuestro país, no sólo para los pacientes, sino también para los médicos interesados en la especialidad. En efecto, así como a Asunción del Paraguay y a Santiago del Estero se las denominó "madre de ciudades" porque desde allí partieron las expediciones que fundaron las otras ciudades del Virreinato del Río de la Plata, el "Servicio para el tratamiento y asistencia social de las enfermedades reumáticas y cardíacas en el niño", que durante largos años dirigiera el Dr. R. Kreutzer, se transformó en el lugar natural de formación de los cardiólogos pediatras, quienes a su vez desarrollaron con el tiempo nuevos centros. Desde su comienzo, en que los niños con enfermedades adquiridas (fiebre reumática, miocarditis) constituían el mayor número de consultas, hasta la época actual, en que las malformaciones cardíacas ocupan el lugar prominente por sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas clínicas y especialmente quirúrgicas, se han sucedido enormes progresos en conocimientos y tecnología ("La Cardiología que hemos vivido", Editorial, Rev. Hosp. Niños 27: 186, 1985). Al respecto, cabe señalar que en 1985 se asistieron en la División Cardiología del Hospital de Niños 10.657 pacientes, mientras que en 1939 su número alcanzó a 2.190.

¿Qué ocurrirá de aquí en adelante? ¿Hacia dónde vamos?

1) *Diferenciación de la Cardiología Pediátrica como especialidad*

Este es un hecho concreto que se ha producido, aunque la misma continúa estrechamente vinculada con la Cardiología, de donde proviene, y con la Pediatría, pues son los niños los afectados del corazón. Por esta razón, los Comités de Cardiología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Cardiología y de la Sociedad Argentina de Pediatría, trabajando en forma mancomunada, otorgan conjuntamente el título de Médico Cardiólogo Infantil. A

su vez, la integración de la cardiología pediátrica y de la cirugía cardiovascular pediátrica es cada día más intensa y necesaria, aunque pienso que la realización de reuniones como la reciente de Baltimore (Estados Unidos) en enero de 1986, en la que observáramos más de 600 cirujanos cardiovasculares discutiendo no solamente técnicas, sino también resultados inmediatos y alejados de la cirugía de malformaciones cardíacas, y el I Congreso Mundial de Cirugía Cardiovascular Pediátrica, a realizarse en Turín (Italia) el año próximo, son factores proclives, desgraciadamente, a separar a clínicos y cirujanos.

2) *Cambios en la patología*

En estos últimos años hemos asistido a la desaparición de la pericarditis constrictiva y de la miocarditis diftérica y a la disminución de la fibroblastosis y de la miocarditis viral, y también del número y morbimortalidad de la fiebre reumática. Es probable que en el futuro la amniocentesis, y especialmente el ecocardiograma fetal, permitan una detección prenatal temprana de la malformación y originen una cierta selección de los niños que nacen con cardiopatías congénitas.

3) *Patología residual de los operados*

Un gran número de pacientes operados de malformaciones deberán ser controlados de sus cardiopatías residuales y de sus secuelas, lo cual nos permitirá conocer no solamente su seguimiento inmediato y alejado (historia antinatural), sino su comportamiento en la vida, con sus riesgos y posibilidades: endocarditis infecciosa, incapacidad, arritmias, muerte súbita, embarazo, genética, trabajo, seguro. Sólo así podremos reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes operaciones presentes y futuras.

4) *Tecnología a utilizar*

La tendencia actual es reemplazar los métodos de diagnóstico cruentos por los no invasivos, es decir, evitar la realización del cateterismo cardíaco. El ecocardiograma bidimensional, por la seguridad diagnóstica que proporciona, podrá enviar niños a cirugía, especialmente recién nacidos, prescindiendo del estudio hemodinámico, que no está exento de riesgos a esta edad. Más aún, la veracidad de la

determinación del gradiente de presión por el sistema Doppler, comparada con la del cateterismo, y el conocimiento de la relación de los flujos pulmonar y sistémico, aportan datos de importancia al estudio incruento. Ultimamente, la incorporación del color en el ecocardiograma bidimensional ha significado una técnica trascendente para reconocer los cortocircuitos y las insuficiencias valvulares, aunque requiere experiencia para la identificación rápida del color y de sus diferentes tonos, producto de la mezcla de sangre. Sin embargo, creemos que el cateterismo continuará por varios años siendo irremplazable en ciertas afecciones, no sólo para ratificar la situación del corazón, sino también la anatomía y hemodinamia de los vasos: aorta, arteria pulmonar y, especialmente, venas pulmonares y arterias coronarias. Aquí querría llamar la atención sobre el actual abuso de la utilización de la tecnología en seudocardopatías, que origina un encarecimiento en la asistencia médica.

5) *Reemplazo de la cirugía por terapéutica farmacológica y cateterismo intervencionista*

Así como el manejo farmacológico del ductus en recién nacidos de pretérmino ha permitido su cierre sin necesidad de cirugía, es probable que pueda ocurrir lo mismo con otras drogas utilizadas con objetivos concretos. El cateterismo intervencionista, con la septostomía atrial, y más aún con angioplastias en cardiopatías obstructivas congénitas o adquiridas, especialmente para dilatar las estenosis valvulares pulmonares, tal como hoy se realiza cotidianamente, representa una disminución en el número de operaciones. También, las embolizaciones con siliconas y otras sustancias en niños con atresia pulmonar y circulación colateral, fístulas

arteriovenosas congénitas o adquiridas (pulmonares, coronarias, o sistémicas), es un recurso terapéutico de gran valor. Por otro lado, la cirugía en las cardiopatías complejas, continuará, sin duda, su eficacia progresiva.

6) *Formación de cardiólogos pediatras*

Es imprescindible que la Facultad de Medicina determine la necesidad de especialistas para evitar un número exagerado. Su formación por intermedio de la residencia debe contar con una buena planificación de sus actividades docentes con cumplimiento de guardias para determinar actitudes médicas, y realizar rotación por las diferentes subespecialidades, incluyendo hemodinamia, ecocardiografía, ergometría, arritmias y fiebre reumática. El interesado en la especialidad ingresa en la actualidad en la residencia de Cardiología Pediátrica, después de dos años de residencia en Pediatría, y deberá estar bien formado en las disciplinas básicas de la Cardiología para transformarse en un buen clínico que puede mostrar inclinación hacia determinada subespecialidad en la que ha adquirido habilidades y destrezas durante el cumplimiento de sus rotaciones durante la residencia. Ello le permitirá no solamente profundizar sus conocimientos, sino actuar como agente de cambio en el lugar en que se radique y cumplir su misión con un buen manejo psicológico del niño y su familia y un enfoque integral de la Cardiología Pediátrica (incluyendo la prevención y la rehabilitación) y su interrelación con otras disciplinas.

Dr. Gustavo G. Berri

Jefe División Cardiología,
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"